



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**VÍNCULO Y FUNCIONES MATERNAS EN LAS DIFICULTADES PARA LA
ELABORACIÓN DEL DUELO**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
MONJARÁS RODRÍGUEZ MARÍA TERESA

TUTOR
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM.

COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM.

DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA. UNAM.

MTRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA. UNAM.

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM

MÉXICO, D.F. MAYO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de realizar esta maestría y darme las herramientas para desempeñarme como especialista en el ámbito laboral.

A CONACYT por el apoyo brindado al otorgarme la beca académica durante mi formación.

Agradezco el apoyo al proyecto de investigación PAPIIT N° IN305613 “Promoción de la salud emocional en niños y adolescentes desde la perspectiva del desarrollo” por la beca otorgada para la terminación de mi tesis durante Enero a Marzo 2013. Así también al proyecto de investigación PAPIIT N° IN308310 “Resiliencia, riesgo y psicopatología en la niñez y adolescencia por la beca otorgada para la terminación de tesis durante el periodo Agosto-Diciembre 2012.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo por su tiempo dedicado a la revisión, orientación de mi tesis y supervisión del caso, así como sus enseñanzas durante mi formación.

A la Mtra. Rocio Nuricumbo por la supervisión recibida del caso durante mi formación que me permitió un aprendizaje formativo y personal.

¡RECIBAN TODOS UN CÁLIDO AGRADECIMIENTO!

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis al ser que desde antes de estar en el vientre de mi madre me dijo “Antes de que tú nacieras, yo ya te conocía”, al ser que no es visto ni tocado pero algunos podemos sentir, al ser que ha estado presente en los momentos más alegres y difíciles de mi vida, ese ser que ni siquiera necesita ser nombrado. ¡GRACIAS!.

A mis padres y mi sobrina Renata, quienes me han enseñado a perseverar y seguir adelante a pesar de las múltiples adversidades, gracias por el entusiasmo que me proyectan todos los días.

A mis hermanos por escucharme y brindarme la confianza en los momentos difíciles, por su cariño comprensión y diversión.

A toda mi familia, por su afecto y cariño en los momentos de convivencia, proyectando siempre un cálido ambiente familiar.

A Fredy Ruíz López por su paciencia durante este proceso, por su cariño y amor incondicional, brindados hasta ahora.

A mis amigos que me han apoyado en cada nueva etapa de mi vida, por ese valioso tesoro de la amistad, gracias Hr Igl “GD”, por los momentos llenos de diversión.

A mis maestros por su motivación y enseñanzas adquiridas.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1. Vínculo, relación madre bebé y funciones maternas	
1.1 Vínculo y relación madre bebé	
1.1.1 Definición	4
1.1.2 Vínculo madre bebé (ligadura inconsciente)	4
1.1.3 Formación y desarrollo de la relación madre-bebé (teorías)	7
1.1.4 Vínculo afectivo según Bowlby	18
1.2 Funciones maternas	
1.2.1 Capacidad materna, capacidad parental	22
1.2.2 Funciones maternas según Winnicott	25
1.2.2.1 Holding	26
1.2.2.2 Handing	28
1.2.2.3 Presentación del objeto	30
1.2.3 Funciones parentales	31
1.3 Vínculo y funciones maternas, influencia en la psicopatología	34
2. Pérdidas	
2.1 Pérdidas múltiples	51
2.2 Pérdida de un ser querido	53
2.2.1 Muerte de alguno de los progenitores	54
2.2.2 Concepción de la muerte en los niños	59
2.2.3 Reacciones ante la pérdida	64
2.2.4 Necesidades de los menores ante la pérdida	70
2.3 Pérdida física	80
2.3.1 Imagen del cuerpo en los niños con problemas físicos	82
2.3.2 Enfermedad crónica	85
2.3.3 Desafío del niño con enfermedad crónica	87
2.3.4 Rol y desafío familiar	90
2.3.5 Rol de la escuela y de los profesionales en la salud	93
2.3.6 Hidrocefalia	96
3. Duelo en la infancia	
3.1 Definición	103
3.2 Perspectivas teóricas	105
3.3 Proceso de duelo	111
3.4 Duelo normal y elaboración del duelo en la infancia	113
3.5 Duelo patológico	133
3.5.1 Tipos de duelo patológico	139
3.5.2 Factores que influyen en el duelo patológico	144
3.5.3 Tratamiento	150
4. Vínculo y funciones maternas en las dificultades para la elaboración del duelo	169

5. Método	
5.1 Planteamiento del problema	182
5.2 Objetivo general	182
5.3 Objetivos específicos	182
5.4 Tipo de estudio	182
5.5 Escenario	183
5.6 Instrumentos	183
5.7 Procedimiento	184
6. Caso clínico	
6.1 Presentación del caso	185
6.2 Antecedentes	191
6.3 Evaluación psicológica	194
6.4 Impresión diagnóstica	198
6.5 Focos de intervención	201
6.6 Proceso terapéutico	202
7. Análisis del caso	204
8. Discusión	260
REFERENCIAS	269

RESUMEN

En el presente reporte se aborda el tema de vínculo, funciones maternas y dificultades en la elaboración del duelo, partiendo de un estudio cualitativo, a través del análisis de un caso, un niño de 8 años, quién afronta diversas pérdidas (suicidio del padre, pérdida física debido a hidrocefalia, pérdida de los cuidados maternos).

El objetivo principal es conocer y describir las fallas en el vínculo y funciones maternas en la historia de M. y su relación con la presencia del duelo patológico de M; para ello fue necesario del análisis minucioso del caso de principio a fin del tratamiento, se audio grabaron las sesiones con el consentimiento del paciente y su tutor. El proceso terapéutico consta de 70 sesiones, de las cuales 13 iniciales fueron de diagnóstico, con un enfoque de psicoterapia infantil integrativa. Es importante mencionar que se realizó una evaluación diagnóstica completa con diversas pruebas psicológicas que abarcan las diferentes áreas (afectiva, percpeto motora e intelectual).

A través del análisis de las sesiones se observa la dificultad de M para elaborar el duelo al no contar con una figura estable y segura que lo contuviera, que satisficiera sus necesidades y cumpliera con sus funciones maternas, cabe señalar que las fallas en el vínculo y funciones maternas con la cuidadora principal se observaron principalmente en la fase de diagnóstico y fase inicial, conforme fueron avanzando las sesiones a la fase intermedia y final, se ve favorecida la elaboración del duelo así como el establecimiento de un vínculo seguro y contención, a través del espacio terapéutico y relación con la terapeuta; esto se extiende a su familia, pues se observan ciertos cambios en el sistema, p.e M establece un vínculo más cercano con su abuelo, a quien da el rol de padre, disminuyen las agresiones de la madre de M hacia él, M establece un vínculo seguro con su hermana menor.

Diversos autores refieren la relación entre los diferentes estilos del doliente y la posibilidad del desarrollo de un duelo complicado (Shaver y Trancredy, 2001; Stroebe y otros, 2005; Mikulciner y Shaver, 2008; en Páyas, 2010). Se encuentra que un estilo de apego inseguro o dañado incrementa el riesgo de un duelo complicado (Dyregrov, 2008), como lo es en el caso aquí presentado, donde M presenta una historia de apego insegura ansiosa y ambivalente a lo largo de su vida, lo cual repercute en su forma de afrontar las pérdidas, ante éstas muestra ansiedad significativa, culpa, autorreproche y tiende a deprimirse, esto relacionado con las experiencias de abandono vividas durante su infancia por sus cuidadores principales, cada vivencia de pérdida la vive como un abandono de la persona amada, lo que le lleva a pensar que no es lo suficientemente valioso. A través del tratamiento terapéutico M logra establecer vínculos estables, encuentra la contención que requiere en su abuelo y pares, afrontando así las diferentes pérdidas.

INTRODUCCIÓN

Se considera importante el estudio del duelo en la infancia pues autores como Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010) refieren que la mayoría de las personas experimentan la muerte de un ser querido en algún momento de su infancia. En EUA aproximadamente el 4% de los niños (hasta los 18) en las ciudades del oeste experimentan la muerte de un padre, que es considerado uno de los eventos más estresantes en la infancia según Yamamoto et al. (1996).

En los últimos años se ha puesto énfasis en el apego y su relación con la psicopatología, algunos autores como Dyregrov (2008), lo relacionan específicamente con la elaboración del duelo, dicho autor refiere que se encuentra que un estilo de apego inseguro o dañado incrementa el riesgo de un duelo complicado. El presente trabajo además de indagar en el apego, también se enfoca en el vínculo y funciones maternas que contribuyen al duelo patológico de un niño de 8 años.

Aunque los resultados no pueden generalizarse muestran el inicio de futuras investigaciones con un mayor número de sujetos, así también establecer estrategias de intervención en casos con duelo patológico así como en el proceso de duelo en la infancia, pues como lo menciona Tizón (2007) la ventaja de estudiar el duelo radica en poder elaborar programas preventivos, especialmente cuando se pierde a un progenitor evitando así el desarrollo de un duelo patológico.

Esperando explorar y describir el vínculo, funciones maternas en relación al duelo patológico en el caso de un niño de 8 años, se realizó un análisis cualitativo de las sesiones audio grabadas en cada una de las fases del tratamiento, cabe señalar que para establecer un tratamiento psicoterapéutico que favoreciera al paciente, se aplicaron diversas pruebas, obteniendo los focos principales para abordar en terapia.

CAPÍTULO 1: VÍNCULO, RELACIÓN MADRE-BEBÉ Y FUNCIONES MATERNAS

1.1 VÍNCULO, RELACIÓN MADRE BEBÉ

1.1.1 Definición

Antes de hablar del vínculo madre bebé, es preciso conocer el concepto de vínculo, Cesio (2003) menciona que el término deriva del latín "vinculum", de "vincere"...atar.; significa unión o atadura de una persona o cosa con otra. Se usa también para expresar: unir, juntar o sujetar con ligaduras o nudos. Se refiere a atar duraderamente.

Cesio (2003) refiere la importancia de distinguir dos conceptos diferentes: vínculo y relación. El primero con características de ligadura inconsciente y el segundo como la multiplicidad de sus manifestaciones. El vínculo entre un padre y un hijo o entre un esposo y una esposa, da cuenta de una estructura que los envuelve y los inviste más allá y más acá de los roles incluidos en la misma. La relación entre un padre y un hijo, o entre un esposo y una esposa es el conjunto de realizaciones donde se manifiesta la matriz inconsciente del vínculo.

Por otra parte Bowlby (1986) define "vínculo afectivo" como la atracción que un individuo siente por otro individuo, refiere que el rasgo esencial de la vinculación afectiva consiste en que los dos participantes tienden a permanecer en mutua proximidad. Si por alguna razón están apartados, cada uno de ellos buscará más pronto o más tarde al otro, restableciendo así la proximidad.

Según Spitz, (1969) la madre no es el único ser humano que se encuentra en el medio circundante del infante, ni el único que ejerce una influencia emocional; ese medio circundante comprende al padre, a los hermanos de otros partos, a los parientes y demás. Hasta el marco cultural con sus costumbres ejerce una influencia sobre el pequeño, ya desde el primer año de vida, esas influencias son transmitidas por conducta de la madre o quien la sustituya. Por esta razón Spitz, (1969) concentra sus investigaciones primordialmente en el problema de las relaciones entre madre e hijo; en la relación madre e hijo, la madre representa lo dado del medio; o bien puede decirse que ella es la que representa ese medio. Es debido al motivo antes mencionado que dicho trabajo también se enfoca en la relación madre-bebé, además de ser esta relación la que da una mayor comprensión al caso, que se presentará posteriormente.

1.1.2 Vínculo madre bebé (ligadura inconsciente)

Spitz, (1969) señala que durante el primer año de vida, las experiencias y las acciones intencionales son probablemente las que ejercen aisladamente una influencia más importante en el desarrollo de los diversos

sectores de la personalidad del infante. Winnicott (1987) reconoce el valor positivo del factor “madre de devoción corriente”: la necesidad vital para cada bebé de que alguien facilite las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico, o psicosomático, o, mejor dicho, el crecimiento de la más inmadura y absolutamente dependiente personalidad humana.

Spitz, (1969) refiere que los afectos de la madre, su gozo, sus propios actos, conscientes o inconscientes facilitarían los actos innumerables y variados de su bebé. Las facilidades en más amplia medida para las acciones del infante no se las proporcionan los actos conscientes de la madre, sino más bien las actitudes inconscientes de ella. Al respecto Winnicott (1987) refiere que en el caso de la mayoría de los bebés, el hecho de que son deseados y amados por sus madres y sus padres y por toda su familia, constituye el marco, en cumplir su destino siguiendo los lineamientos de su dotación hereditaria, así también menciona que la madre tiene el recuerdo de haber sido cuidada cuando fue bebé, y estos recuerdos la ayudan o interfieren en sus propias experiencias como madre. Otros autores también coinciden con lo antes mencionado, por ejemplo Bowlby (1986) indica que los sentimientos que aparecen en nosotros cuando nos convertimos en padres tiene mucho en común con los que nos generaban, cuando éramos niños, nuestros padres y hermanos. Cyrulnik (2005) menciona que por lo general, la producción fantasmática de la madre tiene efectos benéficos en el desarrollo del niño. Cuando el niño es esperado (más que deseado), cuando la gravidez es valorizada por la mirada social, cuando el bebé es anunciado por las palabras orgullosas de la familia o los tutores, la joven parturienta, feliz y segura, establece las primeras interacciones con su bebé privilegiando la fantasmática de los gestos. Estos gestos, más bien basados en el juego y en el placer del contacto, crean para el bebé un mundo sensorial muy diferente del que crean los gestos estrictamente utilitarios. Cyrulnik (2005) también refiere que la manera en que la madre interpreta la primer sonrisa del bebé deriva de su propia historia y del sentido que atribuye a este hecho, por ejemplo se ha escuchado “pobrecito, sonrío...no sabe lo que le espera: nunca debería haberlo traído al mundo”, entre el 30 y 40% de las madres jóvenes hacen esta interpretación ansiosa. El sentido que la madre da a la sonrisa modifica los sentidos que mediatizan y tejen el vínculo de apego. La historia natural de la sonrisa, desde su primera producción, mezcla el sentido y la vida, la interpretación y la biológica. La sonrisa mutua: apenas interpretada, se carga de historia, se vuelve diferente por naturaleza de la primera sonrisa biológica.

Haciendo referencia a las actitudes inconscientes de la madre y su influencia para las acciones del infante, considero pertinente citar a Lebovici (en Lebovici y Weil- Halpern 2006), quien habla del niño fantasmático y el niño imaginario de la madre; dicho autor menciona que la madre imagina a su bebé e incluso le prepara el futuro, por ejemplo en ocasiones cuando se elige el nombre se hace pensando en aquel nombre

representativo del “mandato” de éste bebé, a veces se elige el nombre de un padre muerto o el personaje de un secreto familiar; con dicho nombre será revestido de una identidad “de préstamo”, con frecuencia, además, este muerto trae con él, el secreto de su existencia, de su muerte prematura porque había sido amado; de su suicidio porque había cometido fechorías, etc. Es éste un secreto que amenaza con ser explosivo aunque no inmediatamente, pero que es objeto de un “no dicho”, que sin duda va a pesar en el desarrollo del niño. Al respecto Lebovici y Weil-Halpen (2006) indican que el trabajo de duelo, con sus etapas clásicas (según Bowlby: impresión, incredulidad y búsqueda dolorosa, desorganización, reorganización) interfiere con la recomposición intensa de la identidad de la mujer que espera un niño. Las modalidades de duelo y su identidad ponen en juego la calidad de los vínculos con la persona muerta y la personalidad de la madre. La reactivación de otras pérdidas en la historia materna constituye igualmente un factor de vulnerabilidad que, de algún modo, bloquea la percepción del niño real del embarazo. En ocasiones el bebé es también el producto de fantasmas inconscientes ligados al muy viejo deseo de maternidad, darle también un hijo al propio padre, como hizo la madre, es entonces que el bebé por nacer es el niño fantasmático de su abuelo materno, debido a esto su futura madre tendrá una deuda con respecto a la abuela materna que solo se resolverá gracias al amor de esta por su bebé.

Con respecto al niño imaginario Lebovici (en Lebovici y Weil- Halpern 2006) refiere que en el momento en que sobreviene el embarazo, la madre está pronto en presencia de un niño(a) que imagina; esto es siempre lo que sucede desde el principio del segundo trimestre de embarazo, momento a partir del cual la vida fetal se siente como existente, hasta que un poco más tarde, a partir del tercer trimestre, la madre pueda imaginar las apariencias de este niño que querría ver llegar pronto al mundo, aunque sólo fuera para estar segura de que tiene buena salud y está físicamente bien formado. De las ilusiones que le conciernen, ella puede hablar fácilmente durante el embarazo y en los días que siguen al parto, pero llegará el momento en el que deberá confrontar su niño imaginario con aquel que empieza a llevar en brazos. Este bebé ha sido querido con el cónyuge, quien ha contribuido a su preocupación y a quien le está dedicado. Ésta es la razón por la que la madre imagina su futuro casi siempre brillante o exitoso. Durante este periodo en el que el niño imaginario se expande, se le elige de buen grado un nombre, como se mencionó anteriormente. El niño imaginario lo describe en el campo de una conciencia oscura en donde el contenido es denominado, en psicoanálisis, como el pre consiente, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las ensoñaciones diurnas o fantasías. El niño fantasmático es muy diferente: es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia y los cuales son uno de los aspectos de la identificación con la madre que se producen en ambos sexos. Lo que le es transmitido a este niño fantasmático no son tanto los hechos conocidos u oscuramente repetidos como la insignia, sino los conflictos inconscientes y repetidos que se agravan cuando surgen dificultades familiares: el

bebé puede tener alguna minusvalía, alguna enfermedad visual o auditiva, o un déficit cognoscitivo. Aún si estas enfermedades no se reconocen inmediatamente se retendrán en las capacidades maternas y agravarán el peso de los sentimientos inconscientes de culpabilidad, siempre dispuestos a desplazarse sobre un bebé que la ambivalencia materna, tan natural, utilizará en las versiones agresivas, negadas por manifestaciones depresivas o ansiosas, que no pueden sino agravar la desarmonía inicial.

Lebovici (en Lebovici y Weil- Halpern 2006) señala que el desarrollo de las interacciones dependerá del niño imaginario y del niño fantasmático y de la manera en la que la madre sepa o pueda integrarlos con el niño de la realidad que carga en sus brazos. Los hechos de la vida van a tomar un lugar en esta serie interactiva para imponer, en parte al menos, la “epigénesis interaccional”. Por su parte el bebé adquirirá la capacidad de representarse a su madre también a través de los intercambios afectivos que comparte con ella. El bebé hace de su madre una madre, al mismo tiempo que la inviste, todo esto antes de percibirla; por su parte la madre introduce su pensamiento y sus afectos en los cuidados maternos. Tales son los principios que gobiernan el desarrollo interactivo del bebé.

Lebovici (en Lebovici y Weil- Halpern 2006) refiere que un funcionamiento interactivo eficiente y equilibrado son: la plenitud de las aportaciones y la riqueza afectiva, la flexibilidad adaptativa mutua y la continuidad. Ellas orientan las principales categorías patológicas de la interacción: la insuficiencia; la sobrecarga y la rigidez; la discontinuidad y la incoherencia.

Cyrulnik (2005) menciona que cuando el niño es pequeño, es aún tan imaginario que la madre proyecta en él sus fantasías y piensa, durante algunos años, que han traído una maravilla al mundo. En ese estadio de la interacción, no es “tentación de maquinación”; por el contrario, sirve de pantalla para nuestras proyecciones fantasmáticas. Más tarde, la personalización del niño obligará a los padres a hacer el duelo de ese niño soñado y a apegarse, de todos modos, a ese niño diferente. Por lo general “la maquinación que hace callar el sujeto en él” está constituida por la fuerza de nuestras fantasías y por la presión de la mirada social.

1.1.3 Formación y desarrollo de la relación madre-bebé

Cabe señalar que diversos autores hablan de una relación madre-bebé, en la que se va de la dependencia a la independencia, de la percepción del objeto parcial al objeto total, de simbiosis-separación a la individuación, etc; a continuación hago una breve revisión de dichos autores:

En principio considero pertinente hacer una revisión breve de Klein, a través de Segal (1988). Dicha autora refiere que la primera posición de la que habla Klein es la “esquizo paranoide”, donde el yo tiene relación con dos objetos pues el pecho está dissociado en dos partes: pecho ideal y el persecutorio (pecho malo). La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por la madre, en forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. La ansiedad predominante de la posición esquizo-paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y aniquilarán tanto al objeto ideal como al yo; el objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste y mantener fuera el objeto malo. Contra esta ansiedad surgen mecanismos defensivos del bebé cómo la introyección y proyección, se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo. Una de las conductas de la posición esquizo-paranoide es la escisión. La escisión es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, acompaña al proceso de escindir al objeto en uno bueno y otro malo sirve para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño y es una condición previa para la integración posterior. La escisión es también la base de lo que más tarde llegará a ser la represión. Cuando la persecución es tan intensa que se hace insoportable se le puede negar completamente, a esto se le llama negación mágica omnipotente. Otra forma de utilizar la negación omnipotente como defensa contra la persecución excesiva es idealizar al objeto perseguidor mismo y tratarlo como ideal por lo que a veces el yo se identifica con este objeto pseudo-ideal, esto se ve en el análisis con pacientes esquizoides. En la vida adulta esto provoca una falta de discriminación entre lo bueno y lo malo y a fijaciones en objetos malos. Un mecanismo utilizado en esta posición es la identificación proyectiva, tiene varios propósitos: se la puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar la separación, o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro. Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación e identificación proyectiva e introyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al yo puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva. En la posición esquizo-paranoide es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas para lograr un desarrollo favorable. Dichas experiencias dependen de los factores externos como internos. Uno de los factores internos a considerar, según Klein, es la envidia temprana la cual actúa desde el nacimiento y afecta fundamentalmente las primeras experiencias del bebé

La otra posición que señala Klein (en Segal, 1988) es la “posición depresiva” donde el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto, reconoce a veces puede ser buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente, y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo, comienza a percatarse que las experiencias buenas y malas provienen de la misma madre. El bebé descubre que tan desamparado está, como depende totalmente de ella y cuántos celos le provocan los demás. Este cambio en la percepción del objeto se

acompaña de un cambio en el yo, pues a medida que la madre se convierte en objeto total, el yo del bebé se convierte en un yo total. Se enfrenta entonces a los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente, por lo que despierta el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente, una forma de hacerlo es renunciar al control del objeto y aceptarlo como es. Con la progresiva elaboración de la posición depresiva cambia totalmente la relación con los objetos. El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados diferenciados. Puede ahora reconocer como propios sus impulsos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa. En caso de no haber una reparación se utilizan las defensas maníacas, las cuales si son excesivas interfieren con el desarrollo, la relación maníaca se caracteriza por sentimientos de control, triunfo y desprecio.

Una vez revisado brevemente lo dicho por Klein, me remontaré a lo planteado por Mahler (1975) quien señala el proceso de separación-individuación que se manifiesta a lo largo del todo el ciclo vital, el cual es un proceso dinámico. Esta autora refiere que existen diferentes fases en éste proceso:

- Fase de narcisismo primario, la cual consta de dos estadios, en principio un estadio de narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de conciencia del infante respecto de la existencia de un agente maternal (autismo normal), va seguido por un estadio donde se tiene la conciencia de que la satisfacción necesaria proviene de algún lugar fuera de sí mismo a lo que se le llamó omnipotencia alucinatoria condicionada. La tarea de la fase autística es el logro del equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente al que se enfrenta el neonato.

- A partir del segundo mes la conciencia del objeto que satisface sus necesidades marca el comienzo de la fase de simbiosis normal (4-5 meses) en la que el infante se comporta y fusiona como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente, una unidad dual dentro de un límite unitario. El yo aún no está diferenciado del no yo. Tanto el autismo normal y la simbiosis normal son prerequisites del comienzo del proceso normal de separación-individuación, en éste proceso Mahler (1975) señala las siguientes subfases:

- Subfase de diferenciación (5-9 meses), en esta fase se da una “ruptura del cascarón” donde la evolución de sus sistemas sensoriales le permite al infante tener un sensorio más permanentemente alerta cuando está despierto, la atención que se dirigía en la fase de simbiosis hacia adentro, ahora se expande gradualmente con el advenimiento de la actividad perceptual dirigida hacia el exterior durante los crecientes periodos de vigilia sueño. Los infantes hacen sus primeros intentos de ruptura, en un sentido corporal, por ejemplo a los 6 meses tira del cabello de la madre, las orejas o pone el cuerpo tenso para apartarse de la madre. Cuando las madres o el infante presentan la necesidad simbiótica puede presentarse la ambivalencia o sofocamiento, lo cual no se da cuando las madres disfrutan de la fase simbiótica sin demasiados conflictos. En las situaciones óptimas la

conciencia de separación corporal va paralela con el desarrollo del funcionamiento autónomo e independiente del infante: cognición, percepción, memoria, prueba de realidad, etc.

- La segunda subfase es la de ejercitación locomotriz (9-14 meses), se divide en dos partes, en la primera el infante presenta una conducta temprana de alejarse físicamente de la madre a través del gateo, pinitos, trepando y poniéndose de pie aún agarrado, lo que le permite explorar (el narcisismo alcanza su nivel máximo), en la segunda parte la ejercitación se caracteriza por la marcha mediante su propio control y dominio, en esta fase aparecen periodos de regocijo por la exploración y control que descubren en sí mismos.

- La tercera subfase es la de acercamiento (15-24 meses) se puede observar un aumento en la ansiedad de separación por temor a la pérdida del objeto, la falta relativa de interés característica de la fase de ejercitación, es reemplazada ahora por un interés aparentemente constante en determinar dónde está la madre y por una conducta activa de acercamiento. En esta fase el niño abandona gradualmente la desilusión de su grandeza, a través de luchas dramáticas con su madre (crisis de acercamiento). Las señales de peligro potencial durante esta subfase incluyen una ansiedad de separación mayor que el promedio, un excesivo seguimiento de la madre o una continua huida impulsiva de ella y también excesivas perturbaciones al dormir. Esta fase se puede subdividir en 1) comienzo de acercamiento, 2) la crisis de acercamiento, 3) las soluciones individuales de esta crisis que dan por resultado algunas características de personalidad con las que el niño entra en la cuarta subfase (consolidación de la individuación). En esta subfase comienza la identidad sexual.

- La cuarta subfase es la consolidación de la individualidad y comienzos de la constancia objetal emocional, en lo que respecta al sí mismo hay una estructuración del yo y se producen signos definidos de internalización de exigencias parentales, que indican la formación de precursores del superyó, en cuanto a la constancia objetal emocional cabe mencionar que implica más que el mantenimiento del objeto de amor, también la unificación del objeto bueno y malo en una representación total, promueve la fusión de los impulsos agresivo y libidinal, los determinantes para lograr esto son la fe y confianza a raíz de que ya en la fase simbiótica se cubrieron necesidades que aliviaron la tensión, la adquisición cognitiva de la representación interna simbólica del objeto permanente (en el sentido de Piaget), la dotación y maduración instintiva innatas, tolerancia a la frustración etc. También es característica de esta subfase la recurrencia de un negativismo leve o moderado, que parece ser esencial para el desarrollo del sentimiento de identidad. Es importante saber que la lucha característica de la subfase de acercamiento promueve u obstaculiza el progreso hacia una individualidad sana y hacia la constancia objetal.

Otro de los autores importantes a considerar cuando se estudia de la díada madre e hijo es Spitz, (1969), quien menciona se trata de una relación que en cierta medida está aislada del medio circundante y que se mantiene mediante lazos afectivos extraordinariamente poderosos. Refiere que si el amor pudo ser calificado

por un filósofo francés de “un egoísmo de dos”, esto es aplicable cien veces a la relación madre hijo. Lo que acontece dentro de la díada permanece un tanto oscuro. ¿Cómo, por ejemplo, puede explicarse la forma casi clarividente con que una buena madre adivina las necesidades de su bebé, le comprende cuando llora y cuando balbucea? Al respecto Winnicott (1987) considera que las madres adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, por así decirlo. Esto significa que desarrollan una impresionante capacidad para identificarse con el bebé, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de éste en una forma que ninguna máquina puede imitar, y que ninguna enseñanza puede abarcar. Al mismo tiempo siguen siendo ellas mismas, y son conscientes de su necesidad de protección mientras se encuentran en un estado que las hace vulnerables. Asumen la vulnerabilidad del bebé. También dan por supuesto que serán capaces de recuperarse de ese estado especial en el curso de unos pocos meses. Por lo general los bebés encuentran condiciones óptimas cuando son absolutamente dependientes; pero esto no sucede en algunos casos. Los bebés que no reciben un cuidado suficientemente bueno no se realizan a sí mismos, ni siquiera como bebés. Spitz (1969) habla de la intuición maternal, de la inteligencia maternal y de la experiencia materna; un tipo de sensibilidad elevadas que permite a la madre dormir tranquilamente en medio de los ruidos de tránsito metropolitano, pero que la despierte al más leve quejido de su bebé. Supone que allí se produce un proceso de identificación selectivo y de gran alcance; la contrapartida de la capacidad materna para la empatía es la percepción por el bebé de los humores de la madre, de los deseos conscientes así como los inconscientes de ella. Si es cierto que el pequeño se amolda a los deseos de su madre, es preciso que primero los perciba. Al percibirlos, resulta que el canal de la comunicación que va del hijo a la madre ha de tener su contrapartida en uno similar que va de la madre al hijo.

Stern (1983) señala que los actos de dar de comer, cambiar pañales, bañar, etc; comprenden experiencias sensoriales emocionales bastante diversas e incluso algunas de ellas, cabe concebir, aunque sólo sea de modo aproximado, que el niño integra diferentes representaciones de la madre, tal como es experimentada en las distintas actividades

Spitz (1969) refiere que el despliegue de la percepción afectiva y los intercambios afectivos preceden a todas las demás funciones psíquicas; éstas se irán desarrollando subsecuentemente sobre los cimientos proporcionados en los intercambios afectivos. Los afectos parecen seguir sirviendo de guía al resto del desarrollo, al menos hasta el final del primer año de vida y más. Puesto que la experiencia afectiva, en el marco de las relaciones madre e hijo actúa durante el primer año de vida como un tractor roturador para el desarrollo de todos los otros sectores, se deduce que el establecimiento precursor del objeto libidinal inicia también el comienzo de la relacionalidad con las cosas. Después de que el infante se haya vuelto capaz de percibir y responder con seguridad al rostro humano, necesitará todavía otros dos meses para lograr reconocer el biberón,

que sin duda es la “cosa” más familiar. Lo ve, lo palpa varias veces al día, y además, obtiene de él una satisfacción de la necesidad. No obstante reconoce el biberón mucho después del rostro humano.

Spitz (1969) indica que los efectos placenteros surgen en el transcurso de los tres primeros meses de vida, siendo la respuesta sonriente su manifestación más notable. Las manifestaciones de displacer siguen un rumbo estrechamente paralelo; se vuelven más y más específicas en el curso de los tres primeros meses de vida. Al comienzo del cuarto el niño expresa su desagrado de abandonarle su pareja humana, pero así como el infante a esa edad no sonreirá (de un modo seguro) a nada que no sea el rostro humano, tampoco mostrará desagrado cuando le quitemos un juguete suyo o algún otro objeto familiar; llora solo cuando su compañero humano de juego interrumpe éste y lo abandona. Alrededor del sexto mes, la especificación de la respuesta sonriente y de la respuesta de desagrado se hace más señaladas y se extienden a un número creciente de estímulos, incluyendo aquéllos conectados con “cosas”. Ahora llorará, no sólo cuando le deja su compañera de juego, sino también cuando le quitan su juguete. En la segunda mitad del primer año se vuelve capaz de seleccionar su juguete favorito, entre otras varias cosas. Las experiencias de placer y displacer, son las dos experiencias afectivas principales en la primera infancia. Hasta más tarde entre los ocho y diez meses de vida, el papel de los dos afectos primarios, el placer y el displacer, son fáciles de detectar en el desarrollo del infante.

Spitz (1969) refiere que privar al infante de afecto de displacer, durante el transcurso del primer año de vida, es tan dañino como privarle del afecto de placer. El papel de ambos es de igual importancia en la formación del aparato psíquico y de la personalidad. Entre el sexto y el octavo mes se produce un cambio decisivo en la conducta del niño hacia los otros. Ya no responderá el bebé con una sonrisa cuando un visitante casual se detenga junto a su cama y le sonría moviendo la cabeza. Para esa edad la capacidad para la diferenciación perceptiva diacrítica está ya bien desarrollada. Ahora el infante distingue claramente entre el amigo y el extraño.

Spitz (1969) refiere que la angustia del octavo mes, donde en la reacción hacia el desconocido el niño responde a algo o a alguien con el que, no tuvo nunca antes una experiencia desagradable. En la etapa de la ansiedad del segundo mes, el niño está más avanzado en todos los aspectos, si reacciona al enfrentarse con un desconocido, es porque éste no es su madre: su madre “le ha dejado”. Esto contrasta con el niño de tres meses, para el cual un rostro humano es lo mismo que otro, pues para él solo representa una gestalt signo de la satisfacción de la necesidad. No obstante, cuando el desconocido se acerca al niño de ocho meses, este se siente burlado, en su deseo de tener a su madre con él. La angustia que manifiesta no es en respuesta al recuerdo de una experiencia desagradable con el desconocido; es en respuesta de su percepción de que el rostro del

desconocido no coincide con las huellas mnémicas del rostro de la madre y por lo tanto ese desconocido será rechazado. La angustia del octavo mes es la prueba de que para el niño, todo el mundo es un extraño con excepción del objeto único, es decir que el niño ha encontrado la pareja con la que se pueden formar relaciones de objeto. Cabe señalar que la edad en la que se establece la angustia del octavo mes es variable.

Spitz (1969) refiere que antes del establecimiento del segundo organizador, los mensajes maternos llegan al hijo primordialmente por el contacto táctil. Habiendo adquirido la locomoción, el infante se esfuerza por alcanzar la autonomía y logra salirse del alcance materno. Puede escapar también a la mirada de ella, pero no le es fácil eludir su voz. En consecuencia las relaciones de objeto, hasta ahora basadas en el contacto de la proximidad sufrirán un cambio radical.

Spitz (1969) señala que la naturaleza de los intercambios entre la madre y el hijo tiene que sufrir una transformación también radical. Hasta ahora la madre estaba en libertad para satisfacer las necesidades y deseos del infante. En consecuencia, los cambios entre madre e hijo se centrarán ahora en torno de los arrebatos de actividad infantil y las órdenes y prohibiciones maternas. Esto ofrece un vivo contraste con el periodo precedente, cuando la pasividad infantil y la acción cariñosa protectora materna constituyeron la parte más importante de las relaciones de objeto.

Spitz (1969) refiere que al principio la madre acentuará necesariamente el gesto prohibitivo y la palabra por medio de alguna acción física, hasta que el niño empiece a comprender las interdirecciones verbales. El dominio del “no” (gesto y palabra) es un logro de consecuencias trascendentales para el desarrollo mental y emocional del niño; presupone haber adquirido la capacidad primera para el juicio y la negación.

En cuanto a “las palabras” Dolto (1983) señala que los grupos de fonemas percibidos por la madre y repetidos por ella, con el sentido que ella les dio, significan para el niño la memoria de su presencia benéfica y tutelar, la seguridad en su ausencia, la posibilidad de recobrar, por una evocación sonora que es promesa de devenir, ese mundo que la madre conoce y en el cual él sigue participando. Cyrulnik (2005) indica que la intervención de la palabra modifica radicalmente el destino biológico de las interacciones entre la madre y el niño, la palabra provee una función emotiva inaudita que nos permite llorar por un acontecimiento ocurrido hace años, esa función de la palabra que permite amplificar la emoción, hacerla revivir y compartir a propósito de un objeto totalmente ausente es característica de la especie humana.

Con respecto a la díada Dolto (1983) señala que el ser humano por estar dotado de la función simbólica, interioriza el código de su relación con el otro, se ama así mismo como es amado por otro; hay en él un deseo fundamental de volver a encontrar en sus percepciones algo que le recuerde la última relación de placer en que él-el otro, él-su madre no formaron sino uno, por deseos acordes. Este reencuentro parece ser necesario en el ser humano para que en el presujeto se estructuren de manera cohesiva inteligencia, cuerpo, corazón y lenguaje, antes de los cinco años. Lebovici (2006) refiere que según la teoría clásica del psicoanálisis, habiendo el bebé inscrito las huellas mnémicas de experiencias de satisfacción de necesidades, en una especie de placer, puede, gracias a la reactivación de sus zonas auto eróticas, alucinar la satisfacción de sus deseos, puesta en juego por las primeras experiencias de separación relativa, y luego recrear el objeto de su placer y por tanto de su deseo.

Dolto (1983) indica que cada madre, cada nodriza tiene en sí misma características diferentes debidas a su historia y, podría decirse, a dotes naturales, que constituirán la particularidad emocional de la díada primordial lactante-nodriza, en cuyo seno los intercambios van a estructurar cada vez los caminos de las simbolizaciones de objeto y de sujeto que, alternando peticiones y respuestas, por conocimiento, complicidad, las llamadas, las respuestas y las no respuestas, en el reconocimiento de uno con otro como humanos. El co-ser con la madre, alternando con el co-no-cer con ella, y dependiendo de las modalidades de la díada, puede volverse “co-no-haberse” o “co-haberse” para el bebé que se desarrolla físicamente; esto depende para él de las franjas perceptibles de la presencia sutil de la madre, que quedan en su memoria, y de franjas auditivas o de las presencias asociadas con ella, agradablemente o no, que quedan realmente en el espacio animado o inanimado que rodea al pequeño en ausencia de su madre. Para “saberse ser” y sentirse seguro, el lactante necesita estar sea en los brazos de su madre, sea en contacto con objetos que ella ha “mamaizado”, por decirlo así, por su presencia y sus palabras. Estos últimos son quizá menos eficaces que los brazos maternos como regreso a la fuente, pero están de todos modos articulados para él con la convivencia con ella y con una presencia acorde; y sobre todo, sostienen el deseo para hacerle contemporizar el reencuentro con mamá, su mayor satisfacción. Un niño que no tiene nada en su cuna, ni juguetes en su espacio, nada que le recuerde la presencia de su madre, no tiene más que su grito, que es a la vez repetición de pruebas de su vida y repetición de llamadas a las cuales se le responde a veces. Ese grito es para él el único sustituto de la compañía amada, el significante que lo traduce todo, necesidades y deseo. En efecto, es en el grito modulado (el sentido de la modulación de los gritos de su bebé es “comprendido” por la madre) donde se origina la fijación del sujeto a su propio cuerpo individuado.

Otro autor que habla de la relación madre hijo es Winnicott (1971), quien refiere que la “madre” lo bastante buena (que no tiene por qué ser la del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en

materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración. Por supuesto, es más probable que su propia madre sea mejor que cualquier otra persona, ya que dicha adaptación activa exige una preocupación tranquila y tolerada respecto del bebé; en rigor, el éxito en el cuidado de éste depende de la devoción, no de la inteligencia o de la ilustración intelectual. La madre bastante buena comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo, y a medida que pasa el tiempo se adapta poco a poco, en forma cada vez menos completa, en consonancia con la creciente capacidad de su hijo para encarar ese retroceso. Entre los medios con que cuenta el bebé para enfrentar ese retiro materno se cuentan los siguientes:

1. Su experiencia, repetida a menudo, en el sentido de que la frustración tiene un límite de tiempo. Es claro que al comienzo este debe ser breve.
2. Una creciente percepción del proceso
3. El comienzo de la actividad mental
4. La utilización de satisfacciones autoeróticas
5. El recuerdo, el revivir de experiencias, las fantasías, los sueños; la integración de pasado presente y futuro.

Si todo va bien, el bebé puede incluso llegar a sacar provecho de la experiencia de frustración, puesto que la adaptación incompleta a la necesidad hace que los objetos sean reales, es decir, odiados tanto como amados. La consecuencia es que si todo va bien el bebé puede resultar perturbado por una adaptación estrecha de la necesidad; cuando dicha adaptación dura demasiado tiempo y no se permite su disminución natural, puesto que la adaptación exacta se parece a la magia y el objeto que se comporta a la perfección no es mucho más que una alucinación. Pero al principio tiene que ser casi exacta, pues de lo contrario al bebé no le es posible empezar a desarrollar la capacidad para experimentar una relación con la realidad exterior, o por lo menos formarse una concepción de ella. Al contrario, gracias a la adaptación de casi el cien por ciento, la madre ofrece al bebé la oportunidad de crearse la ilusión de que su pecho es parte de él. Por así decirlo, parece encontrarse bajo su dominio mágico. Lo mismo puede decirse del cuidado en general del niño, en los momentos tranquilos entre una y otra excitación. La omnipotencia es casi un hecho de la experiencia. La tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual, pero no lo logrará si al principio no le ofreció suficientes oportunidades de ilusión. Si las cosas salen bien en ese proceso de desilusión gradual, queda preparado el escenario para las frustraciones que se reúnen bajo la denominación de destete. Si la ilusión-desilusión toma un camino equivocado, el bebé no puede recibir algo tan normal como el destete, ni una reacción a éste, y entonces resulta absurdo mencionarlo siquiera. La simple terminación de la alimentación a pecho no es un destete. (Winnicott, 1971).

Winnicott (1971) refiere que un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer a la realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella, si no existe una madre lo suficientemente buena. También habla de los fenómenos transicionales, que representan las primeras etapas del uso de ilusión, sin las cuales no tiene sentido para el ser humano la idea de una relación con un objeto que otros perciben como exterior a ese ser. Los fenómenos transicionales son experiencias funcionales que van acompañadas de pensamientos o fantasías, por ejemplo desde los primeros meses el bebé arranca lana, la reúne y la usa para la parte acariciadora de la actividad pensando que es la madre. Dichos fenómenos y objeto transicional se dan como parte del desarrollo para que el niño pueda pasar de la subjetividad a la objetividad, de la realidad a la fantasía y para que establezca y diferencie un “yo” y un “no yo”. Para ello se requiere de un estado de transición donde aparecen los objetos y fenómenos transicionales, una zona a la que llama intermedia de experiencia, a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior. Cuando la adaptación de la madre a las necesidades del bebé es lo bastante buena, produce en éste la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear. En otras palabras, hay una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto.

Winnicott (1987) señala que en los comienzos de las relaciones objetales se observa que cuando existe una buena relación entre el bebé y la madre, comienzan a aparecer objetos que el bebé puede usar en forma simbólica; no solamente el dedo para chupar sino además algo para agarrar, que puede llegar a ser un juguete. Una falla en este punto debe ser evaluada en términos de un fracaso de la capacidad para las relaciones objetales.

Winnicott (1971) refiere que la relación de objeto es una experiencia del sujeto que se puede describir en términos de éste como un aislado, pero cuando hace referencia al uso de objeto da por sentada la relación de objeto y agrega nuevos rasgos que abarcan la naturaleza y conducta del objeto. Si se le desea usar es forzoso que el objeto sea real en el sentido de formar parte de la realidad compartida y no un manojito de proyecciones. La capacidad para usar un objeto es más complicada que la aptitud para relacionarse con objetos; y la relación puede ser con un objeto subjetivo, en tanto que el uso implica que el objeto forma parte de la realidad exterior. Es posible, observar la siguiente secuencia: 1) el sujeto se relaciona con el objeto 2) el objeto está a punto de ser hallado por el sujeto, en lugar de ser ubicado por éste en el mundo 3) el sujeto destruye el objeto 4) el objeto sobrevive a la destrucción 5) el sujeto puede usar el objeto. El objeto siempre es destruido. Esta destrucción se convierte en el telón de fondo inconsciente para el amor a un objeto real, es decir, un objeto que se encuentra fuera de la zona de control omnipotente del sujeto. El estudio de este problema implica una afirmación positiva de la destructividad. Ésta, más la supervivencia del objeto a la destrucción, ubica al objeto fuera de la zona

creada por los mecanismos mentales proyectivos del sujeto. De ese modo se crea un mundo de realidad compartida, que se puede usar y que puede devolverle una sustancia que no es yo. Esto se relaciona con la posición depresiva, planteada por Klein.

Winnicott (1987) indica que en las primeras semanas de vida, tan importantes, las etapas iniciales de los procesos madurativos tienen su primera oportunidad de convertirse en experiencias para el bebé cuando el entorno facilitador es suficientemente bueno, debiendo ser éste humano y personal, de modo que haga posible una adaptación de complejidad creciente adecuada a las necesidades cambiantes del bebé. El apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé. A la larga, el bebé se vuelve capaz de afirmar su propia individualidad y hasta de experimentar un sentido de identidad. La maduración en las primeras etapas, y ciertamente durante todo el crecimiento, es en gran medida una cuestión de integración. Las tareas del desarrollo, incluyen tres principales: integración del yo, establecimiento de la psique y cuerpo y formación de las relaciones objétales. Cabe señalar que Winnicott (1960a) menciona que la división entre una y otra fase es artificial y obedece simplemente a los dictados de la conveniencia para lograr una definición más clara.

Winnicott (1960a) señala que la existencia psicósomática de la criatura, empieza a adoptar una pauta personal, a lo que se refiere como “la psique habita en el soma”. La base para ello la constituyen las experiencias motoras, sensoriales y funcionales de la criatura enlazadas con su nueva condición de persona. Un nuevo paso en el desarrollo se produce al parecer lo que Winnicott (1960a) llama “membrana restrictiva” que, dentro de la normalidad, cabe equiparar en cierto modo a la superficie de la piel y se encuentra situada entre el yo y el no yo de la criatura. De este modo adquiere sentido la función de recibir-dar; además gradualmente va teniendo sentido la posesión de un interior y de un exterior, y de un esquema corporal. Y también; además gradualmente va teniendo sentido la postulación de una realidad psíquica interiorizada para la criatura. Durante la fase de sostenimiento donde se inician los procesos, de los cuales el más importante es el despertar de la inteligencia y el comienzo de una mente claramente diferenciada de la psique. De ahí parten los procesos secundarios y el funcionamiento psíquico persona, que forma la base de los sueños y relaciones vitales.

En la fase de sostenimiento la criatura se encuentra en un estado de máxima dependencia. Sería posible clasificar la dependencia del siguiente modo:

a) La dependencia absoluta: la criatura no dispone de ningún medio de saberse receptora del cuidado materno, que consiste principalmente en una cuestión de profilaxis. La criatura no puede asumir el control de lo que está bien hecho y de lo que está mal hecho, su posición se limita a beneficiarse de lo primero o salir perjudicado por lo segundo.

- b) La dependencia relativa. Aquí la criatura puede ser consciente de la necesidad de detalles del cuidado materno, y en creciente medida es capaz de relacionarse con un impulso personal y más tarde, en un tratamiento psicoanalítico, puede reproducirlos en la transferencia
- c) Hacia la independencia: la criatura crea medios que le permitan prescindir de un cuidado ajeno real. Lo consigue mediante la acumulación de recursos del cuidado recibido, la proyección de las necesidades personales y la introyección de detalles de dicho cuidado, con el desarrollo de confianza en el medio ambiente.

Winnicott (1960a) indica que con el cuidado que recibe el bebé de su madre, es capaz de tener una existencia personal y así empieza la evolución de lo que podría denominarse una continuidad existencial, de la cual partirá el potencial heredado. Teniendo una buena base el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle, incluyendo la herencia cultural.

Winnicott (1960a) refiere que una de las dos mitades de la teoría paterno filial se refiere a la criatura, aquella que según la cual efectúa el recorrido desde la dependencia absoluta hasta la independencia, pasando por la dependencia relativa y paralelamente, su recorrido desde el principio de placer hasta el principio de realidad y desde el autoerotismo hasta las relaciones objétales. La otra mitad de la teoría se refiere al cuidado materno es decir a las cualidades y cambios que se producen en la madre con el fin de satisfacer las necesidades específicas que van desarrollándose en la criatura hacia la que ella está orientada. En dicho capítulo se ha hablado de la primera mitad de la teoría paterno filial, y en el segundo capítulo se abordará lo referente al cuidado materno y funciones maternas.

A continuación procederemos a retomar lo dicho por Bowlby en cuanto al vínculo afectivo, planteando una tesis relacionada pero diferente a los autores antes mencionados.

1.1.4 Vínculo afectivo según Bowlby

Heredia, (2005) refiere que Bowlby distinguió entre vínculo de apego o vínculo afectivo y las conductas de apego. El apego se refiere a la primera relación esencial para la satisfacción de la necesidad de seguridad emocional, las conductas de apego (como la mirada, la sonrisa, el llanto o el adherirse) son conductas pre adaptadas que se despliegan con el desarrollo.

El proceso de formación del apego sigue un orden que implica transformación gradual y cambio cualitativo, supone que el orden de las etapas es primordial e invariable y que resulta menos importante la edad exacta en la

que aparece y termina cada una, aunque esta demarcación aproximada permite clarificar dicho proceso (Tabla 1):

Tabla 1. Proceso de formación del apego

Etapas	Edad aproximada	Denominación	Características
I	0 a 3 meses	Orientación y señales sin discriminación de la figura.	El niño se comporta igual con las diversas personas que lo cuidan. Ellas proporcionan las condiciones para que una conducta termine y se active la siguiente. Las figuras de apego son intercambiables.
II	3 a 6 meses	Orientación y primeras señales de discriminación de la figura	Diferencia entre la madre o cuidador principal y otras figuras. Se incrementa el control que ejerce para conseguir y mantener el contacto. El llanto señala su necesidad de cuidados (siempre debe ser motivo de alerta inmediata para los padres y la sonrisa, su satisfacción).
III	6 a 9 meses	Mantenimiento de la proximidad hacia la figura de apego principal, discriminada mediante locomoción o señales.	Se consolida el apego. Se vuelve vulnerable a la separación. Toma la iniciativa activamente en las interacciones sociales. Explora su entorno manteniéndose a una distancia donde se siente cómodo.
IV	De los tres años en adelante	Inicio de vínculos de amistad. Surgimiento de la personalidad	Exploración del entorno desde la base y por periodos de tiempo creciente.

(en Heredia, 2005)

Ainsworth (en Heredia, 2005) identificó por primera vez en 1971 el apego seguro, ansioso y elusivo, posteriormente Solomon y Main (1987 en Heredia, 2000) incluyen la categoría de apego desorganizado, a continuación se describen cada uno de ellos:

a) Apego seguro: el niño está contento y activo siempre que la madre está relativamente cerca; puede explorar con bastante libertad. Protesta por la ausencia de la madre. Puede llorar cuando ella se va. Busca la proximidad y el contacto estrecho cuando se da el re-encuentro con la madre (pide que lo tome de los brazos, trata de pegarse a ella o de permanecer muy junto). Se consuela con facilidad. Restablece la exploración del entorno físico y social cuando ha vuelto la madre.

b) Apego inseguro

a. Apego inseguro elusivo o evitativo: evita el contacto y la proximidad con la madre en los reencuentros; la interacción con ella es fría y distante; puede llorar constantemente, aún si su madre lo ha confortado. Explora

poco, antes y después del regreso de su madre; no tiene una reacción emocional ni muestra disgusto cuando ella regresa, mostrándose más interesado en los objetos de la habitación que en su madre.

b. Apego inseguro ansioso o ambivalente: es inactivo, no inicia una conducta exploratoria, incluso cuando la madre está presente; puede llorar aún en presencia de su madre; experimenta una profunda alarma ante la aparición del desconocido; tiene un comportamiento ambivalente con la madre cuando está regresa, puede buscar el contacto y la proximidad, pero es inconsistente cuando lo consigue. Por ejemplo, se aproxima gateando hacia ella con la cabeza desviada, o gatea en dirección de la madre y luego se aleja de ella. O simplemente llora y se agita en forma pasiva. No regresa a la exploración y al juego.

c. Apego desorganizado: no posee una estrategia para superar el estrés que le genera la separación en la situación extraña; suele mostrarse aturdido y desorientado en los episodios de reunión con su madre. Despliega comportamientos contradictorios, por ejemplo- los movimientos de acercamiento se acompañan de movimientos de evitación, movimientos errados y expresiones de intenso miedo o angustia, estereotipos o movimientos repetidos en forma rítmica sin que cumplan ninguna función, expresiones de miedo o aprehensión de estar demasiado vigilante, muy alerta en presencia del padre. Según Heredia (2005) el apego desorganizado se presenta en 80% de los niños y niñas maltratados y se mantiene estable de los 18 a los 24 meses.

Bowlby (1986) refiere que en el cuadro del funcionamiento de la personalidad en vías del desarrollo se establecen dos conjuntos principales de influencias. El primero se refiere a la presencia o ausencia parcial o total, de una figura digna de confianza, capaz de proporcionar la clase de base segura requerida en cada etapa del ciclo vital, y dispuesta a proporcionarla. Esto corresponde a las influencias externas o ambientales. El segundo conjunto se refiere a la capacidad o incapacidad relativas de un individuo, para primero, reconocer cuando otra persona es digna de confianza y está además dispuesta a proporcionar una base y, segundo, una vez reconocida dicha persona, colaborar con ella de modo que se inicie y se mantenga una relación mutuamente gratificante. Esto constituye las condiciones internas u orgánicas

Bowlby (1998) refiere que para observar el apego del niño se puede recurrir a las siguientes formas de conducta:

- a) Conducta que inicia la interacción con la madre, incluyendo el saludo: por ejemplo, aproximarse, tocarla, abrazarla, hacerse un ovillo encima de ella, ocultar la cara en su regazo, llamarla, charlar con ella, gesto de levantar las manos y sonrisa.
- b) Conducta como reacción a las iniciativas de la interacción de la madre y que mantiene la interacción.
- c) Conducta dirigida a evitar las separaciones: por ejemplo, seguimiento, aferramiento, llanto

- d) Conducta de volver a reunirse con la madre después de una separación angustiosa, que no sólo incluye reacciones de saludo, sino también de desapego, de rechazo y ambivalentes
- e) Conducta exploratoria, especialmente el modo en que está orientada en relación con la figura materna y el grado y persistencia de su atención a detalles del ambiente
- f) Conducta de retirada (miedo). También, y especialmente, de qué modo está orientada en relación a la figura materna.

Bowlby (1986) refiere que el esquema teórico que presenta no es muy distinto del adoptado implícitamente por muchos clínicos prácticos, difiere en diversos puntos de muchas de las teorías actuales. Entre dichas diferencias se cuentan las siguientes:

- a) La importancia concedida en el esquema al parámetro ambiental entorno familiar-entorno extraño, que no se produce en la teoría tradicional
- b) Se tiene en cuenta los múltiples componentes de la interacción madre-hijo, distintos de la alimentación. La excesiva atención prestada exclusivamente a esta última ha obstaculizado en gran medida la comprensión sobre el desarrollo de la personalidad y de las condiciones que influyen.
- c) La sustitución de los conceptos de “dependencia” e “independencia” por los de apego, confianza y autoconfianza, esto en primer lugar porque considera que la dependencia y la independencia son concebidas como excluyéndose mutuamente; mientras que, la confianza en otros y en sí mismo, no solo son compatibles sino mutuamente complementarias, en segundo lugar, definir a alguien como “dependiente” supone inevitablemente un cierto matiz peyorativo, mientras que no sucede así cuando se afirma que “alguien confía en otra persona”. En tercer lugar, mientras que el concepto de apego implica siempre estar apegado a alguna (o algunas) personas amadas, el concepto de dependencia no supone tal relación, sino que tiende a ser anónimo.
- d) La sustitución de la teoría, derivada del concepto de oralidad, acerca de los objetos interiorizados, por una teoría de modelos prácticos del mundo y del sí mismo que son concebidos como construidos por cada individuo en virtud de su experiencia, y que determinan sus expectativas y sobre los que establece sus planes. Aquello que la teoría tradicional designa como “objeto bueno” puede ser reformulado, dentro de esta estructura teórica, como modelo práctico de una figura a la que se está apegado y que es concebida como accesible, digna de confianza y dispuesta a ayudar si así se la solicita. De modo similar, lo que en la teoría tradicional es designado como “objeto malo” puede redefinirse como un modelo práctico de una figura a la que se está apegado y a la que son atribuidas características como accesibilidad dudosa o incierta, falta de voluntad para responder prestando ayuda o quizá la posibilidad de responder hostilmente. El concepto de modelo práctico de sí mismo implica datos concebidos actualmente como imagen de sí mismo, autoestima, etc.

En cuanto a Spitz, Bowlby (1998) considera que existe un fallo en el supuesto de que, al enfrentarse con un extraño, el bebé no puede tener un “miedo realista”, supuesto basado en la creencia de que tal “miedo realista” solo es provocado por personas y objetos a los que el niño asocia “con una anterior experiencia desagradable”; menciona que la teoría de Spitz ha tenido algunos efectos perjudiciales. Uno de ellos es que, al considerar la “angustia de los ocho meses” como primer indicador de una auténtica relación objetal, no se ha prestado atención a observaciones que demuestran, fuera de toda duda, que tanto la discriminación de una figura familiar como la conducta de apego se producen en la mayoría de los bebés, mucho antes de que cumplan ocho meses. En segundo lugar, al identificar el temor a los extraños con la angustia de separación, se confunden dos reacciones cuya diferenciación tiene una importancia fundamental.

Una vez revisado lo que concierne al vínculo y relación madre bebé, se procederá al estudio de las funciones maternas.

1.2 FUNCIONES MATERNAS

En las funciones maternas, Winnicott (1971) antepone el concepto de función frente al del sujeto que la realiza (madre, padre o sustituto). La función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. De ahí que la función maternal puede ejercerla, indistintamente, todo aquel que tenga condiciones y disposición para hacerla. Sin embargo como lo mencionamos en el capítulo anterior, en nuestra cultura occidental suele ser la madre quien influye sobre el niño, a través de su conducta.

1.2.1 Capacidad materna, capacidad parental

Antes de hablar de las funciones maternas, considero importante retomar la capacidad materna que se requiere para cumplir con dichas funciones, algunas de las cuales se han mencionado en el capítulo anterior. Barudy y Dantagnan (2010) definen la capacidad parental como los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de las madres y padres, que les permiten vincularse adecuadamente con sus hijos e hijas y proporcionar una respuesta adecuada y pertinente a las necesidades de sus crías, mencionan que las capacidades fundamentales son: capacidad de apego y de empatía.

Geissmann (2000 en Geissmann y Houzel, 2000) considera la capacidad para ser madre, refiriendo que las dos tareas más importantes como madre consisten en cimentar de manera armoniosa su unidad con el niño y en disolverla de la misma forma más tarde. Menciona que este trabajo psíquico materno es largo y siempre doloroso: corre parejo con las etapas de evolución del niño, desde el estado del bebé, al adulto. De este dolor da

muestras la preocupación de las madres, en el momento del destete, su desamparo al tener que separarse del hijo al principio, su dificultad para aceptar ciertos movimientos adolescentes de su hijo o sus reticencias cuando éste escoge a un compañero o compañera en la vida. Dejar crecer a los hijos, aceptar su autonomía, precisa en la madre de un gran trabajo de la elaboración psíquica, a menudo inconsciente. Gracias a un fenómeno de ilusión (del cual se ha hablado en el capítulo anterior), la madre podrá superar la trama de la expulsión del niño en el momento del parto, esa ilusión creadora ligada al área transicional, le va a permitir continuar pensando durante algunas semanas o algunos días que la unidad madre-hijo sigue existiendo y es lo que le va a permitir aceptar que el niño vive como un parásito dependiente de ella. De esta manera, la madre podrá situarse como complemento de ser incompleto que es el recién nacido y como uno de los organizadores de su psique.

La capacidad para ser madre está relacionada con la capacidad para regresar a un estadio en el que la mujer vuelva a ser el bebé de su propia madre, con todo lo que eso puede significar en su propia historia. Tendrá pues que identificarse con el niño que lleva dentro, así como con su propia madre, tal y como ella la interiorizó. Su inconsciente, su pasado y su imaginario se enfrentan entre sí en la relación actual de la madre con el niño que lleva dentro para enriquecerla o por el contrario para comprometerla. En esta regresión formal, temporal, podemos distinguir esencialmente tres aspectos. En primer lugar, en la medida en que la madre, su situación personal va a reavivar en ella las experiencias propias de los diferentes estadios de su primera niñez. De este modo, revive las experiencias infantiles de satisfacción y de frustración, de amor ávido y de agresividad devoradora, que han constituido las imágenes complementarias de la madre amorosa y del niño amado, y las imágenes contrastadas de la madre privadora, atacada y amenazante y del niño destructor, malo y amenazado. Estas imágenes tomadas, rechazadas, vueltas a tomar y remodeladas van a proyectarse en la representación que la mujer se hace ahora de la madre que es y de la niña que ha sido. Ligado a la posición anal de la madre, el feto va a ser vivido como un tesoro o como un veneno intracorporal en el marco de una gestación intestinal. Aquí de nuevo, la investidura narcisista positiva o negativa del niño se ve alimentada. Su deseo de pene, así como la calidad del compromiso que ella ha podido realizar a partir de las dos elecciones sucesivas de objeto de amor materno y paterno, va a pesar, como no podía ser de otra manera, en la relación fantasmagórica de la madre con su hijo. Los elementos de su bisexualidad, que vuelven a expresarse vigorosamente en razón de la desaparición de la prioridad genital ligada a la regresión, van a reflejarse en las identificaciones con el niño sexuado que va a nacer. La posibilidad actual de conocer muy tempranamente el sexo del bebé durante el embarazo puede reactualizar el deseo del pene, si se trata de un varón, y la cadena identificadora abuela-madre hija si se trata de un bebé del sexo femenino. Otro aspecto de esta regresión se sitúa en el nivel de la economía libidinal de esta pareja formada por madre e hijo en constitución. La vida de esta pareja diádica suele describirse generalmente desde el punto de vista del niño antes que desde la óptica de la madre en su complementariedad y, sin embargo,

el equilibrio afectivo de la madre ocupa un lugar fundamental. Durante el embarazo, la economía libidinal de la mujer sufre progresivamente una inflexión en el sentido narcisista para centrarse en el feto y en ella misma. Se trata de un periodo en el que la mujer tiende a quererse un poco más y en la que ama indistintamente al niño que lleva dentro y a su cuerpo que lo lleva. Una vez que nace, la ilusión de que siguen unidos se alimenta a través de los contactos estrechos con el niño, en este periodo Winnicott califica de locura materna primaria, la madre podría identificarse muy estrechamente con su bebé y sentirlo psíquicamente como una parte de sí misma. Gracias a esta identificación, será capaz de presentir las necesidades y el estado de su hijo. Y gracias también a esta comunicación infra verbal y fusional, la madre, amando y alimentando a su hijo, podrá amarse y alimentarse a sí misma a la vez. (Geissmann, 2000; en Geissmann y Houzel, 2000).

Relacionado con lo anterior Dolto (1983) menciona que los sentimientos de una mujer por su hijo constituyen en su esencia, un modo de lenguaje que informa todos los gestos y todas las palabras que la madre dirige a su hijo. Este lenguaje preverbal es a la vez producto de la educación de la niña y suscitado por el momento presente (el cual depende de la relación con el genitor del hijo y con el medio actual, tanto familiar como sociocultural). Como producto, ese lenguaje, el sentimiento materno, es enseñado inconscientemente y se constituye en la infancia, al contacto y con el ejemplo de las mujeres de las dos ascendencias (materna y paterna) de la niñita, según las relaciones de identificación o el rechazo de identificación del niño con las mujeres de su familia. Todas esas mujeres tutelares, olvidados por la niña ya adulta, marcaron con fijaciones sucesivas sus emociones femeninas durante la evolución y las estructuraron, no solo en los gestos, sino también y sobre todo en un modo de ser y de sentir. Los sentimientos maternos positivos por los pequeñitos están arraigados en las percepciones sentidas como agradables, percepciones olfativas, auditivas y táctiles, del cuerpo del lactante y de sus funciones naturales. Dolto (1983) menciona que el sentimiento materno, por más atento y cariñoso que sea, sólo es vivificante para el niño si coexiste en la madre con sentimientos conyugales e intereses culturales y sociales: lo cual no se realiza sino en una mujer que se ha convertido inconscientemente en adulta en el plano narcisista. En ese caso, el sentimiento materno inicia y apoya auténticamente al niño que es objeto de él, y le permite volverse un sujeto, jubiloso de su autonomía, de la conquista de sus responsabilidades, en la búsqueda de objetos de su deseo fuera de su familia; dicho con otras palabras, orgulloso de su estatura humana.

Autores como Barudy y Dantagnan (2010) refieren que existe un componente biológico implicado en la capacidad materna en la mujer, lo cual ha sido estudiado por diversos investigadores; se menciona que la producción por parte de la mujer de una hormona llamada oxitocina desempeña un papel muy importante en la capacidad de las madres para priorizar el cuidado y el buen trato, así también es responsable de la alegría y del placer con que una madre recibe a su cría después del parto; los autores antes mencionados añaden que dicha

alegría está sometida por la existencia, o no, de una buena atención médica durante el parto, el apoyo del padre y de la familia extensa, así como la historia de la madre. El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestar. También comentan que los hombres poseen una estructura cerebral, que si ha sido influenciada por una historia de buenos tratos durante su infancia les permite también ocuparse de los cuidados y de la estimulación de sus crías. Pero, en muchos casos, la integración de la cultura patriarcal es un obstáculo para el aprovechamiento integral de estas posibilidades. Los padres que se implican en la crianza de sus hijos lo hacen en una forma singular entre otros, por la diferencia en la organización de su cerebro y en la producción hormonal. Según Geary (1999 en Barudy y Dantagnan, 2010) la capacidad de cuidar y de crear vínculos afectivos está también presente en los hombres pero su origen es diferente. Barudy y Dantagnan (2010) concluyen que la adquisición de competencias parentales es el resultado de procesos complejos en los que se entremezclan diferentes niveles:

- Las posibilidades personales innatas marcadas, sin ninguna duda, por factores hereditarios.
- Los procesos de aprendizaje influenciados por los momentos históricos, los contextos sociales y cultura.
- Las experiencias de buen trato o mal trato que la futura madre o padre hayan conocido en sus historias personales, especialmente en su infancia y adolescencia.

1.2.2 Funciones maternas según Winnicott

Una vez hablado brevemente de la capacidad materna, se procede a revisar las funciones maternas según Winnicott, no sin antes mencionar un escrito por Freud (1911 en Winnicott, 1960a) donde deja ver la importancia de dicha función: “Con razón se objetará que una organización esclavizada por el principio del placer e ignorante de la realidad del mundo exterior no podría mantenerse viva siquiera por un brevísimo espacio de tiempo, de tal manera que su existencia sería imposible. Sin embargo, la utilización de una ficción semejante se ve justificada cuando pensamos que el niño, siempre y cuando incluyamos en el cuidado recibido de la madre, casi lleva a cabo un sistema psíquico de esta clase”... “Probablemente el niño efectúa una alucinación de la satisfacción de sus necesidades internas; revela su displacer, cuando hay un aumento del estímulo sin la correspondiente satisfacción, mediante la descarga motora de los chillidos y pataleos, y entonces experimenta la satisfacción que antes había imaginado. Más adelante el niño, ya mayor, aprende a emplear intencionadamente estas manifestaciones de descarga como método para expresar sus sentimientos. Debido a que el cuidado del niño ya mayor sigue el patrón marcado por los cuidados de la infancia, el predominio del principio de placer solo finalizará cuando el niño haya alcanzado una completa independencia psíquica de sus padres.”

Las funciones maternas primordiales son tres, según Winnicott (1962): el sostenimiento o sostén (holding), la manipulación o manejo (handling), y la presentación objetal (objet-presenting). Estas tres funciones determinan, de forma correlativa, una forma de desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta (sostenimiento); un proceso de personificación en aras de la unidad psique-soma (manipulación); y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales (presentación objetal).

1.2.2.1 Holding

Winnicott (1987) señala que el holding se trata de un período crítico, el momento en el que la madre siente que el bebé necesita ser tomado en brazos, o acostado, ser dejado solo o cambiado de posición en la cuna, o cuando ella sabe que lo esencial es la más simple de todas las experiencias, aquella basada en el contacto en ausencia de actividad, en la cual existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas que en realidad son dos y no una sola; estas cosas le dan la oportunidad al bebé de ser, a partir de la cual puede surgir a continuación todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción. Aquí está la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser, con esto el bebé puede enfrentar al mundo, o mejor dicho, puede avanzar en los procesos madurativos que hereda; cuando se dan estas condiciones el bebé puede desarrollar la capacidad de experimentar sentimientos que hasta cierto punto se corresponden con los de una madre identificada con su bebé, o, mejor dicho, intensamente dedicada a su bebé y a todo lo que sea el cuidado de su bebé.

Winnicott (1987) señala que la expresión “sosteniendo al bebé” tiene un significado específico en inglés: “alguien estaba cooperando con ustedes en alguna tarea, y luego se marchó, y las dejó sosteniendo al bebé”. La autora refiere que todo el mundo sabe que las madres tienen un sentido de responsabilidad, y que si tienen un bebé en sus brazos, están comprometidas de un modo especial. Por cierto que algunas mujeres se quedan literalmente sosteniendo al bebé, en el sentido de que el padre es incapaz de disfrutar su rol y de compartir con la madre la gran responsabilidad que un bebé siempre debe representar para alguien. También puede ocurrir que en el hogar falte el padre. Por lo común, sin embargo, la mujer se siente apoyada por su esposo y, en consecuencia, puede cumplir adecuadamente su función de madre, y cuando sostiene a su bebé, lo hace con naturalidad y sin pensar en ello. Winnicott (1987) menciona que los bebés son muy sensibles al modo como se los sostiene; por eso lloran cuando están en brazos de una persona y descansan tranquilos en los de otra, ya desde muy pequeños.

Winnicott (1960a) considera que al emplear en este contexto el término de “sostenimiento” no se refiere solo al hecho físico de sostener a la criatura, sino también al conjunto de condiciones ambientales que antecede al concepto de convivencia; se refiere a una relación tridimensional o espacial a la que gradualmente se ve sumado el factor tiempo. Si empieza antes que ellas, esta relación coincide en parte con las experiencias instintivas que con el tiempo determinarán las relaciones objétales. Incluye el uso de experiencias inherentes a la existencia, tales como la terminación (y por ende la no terminación) de procesos que, vistos desde fuera, acaso parezcan puramente fisiológicos pero que corresponden a la psicología de la criatura y tienen lugar dentro de un complejo campo psicológico y que son determinados por la conciencia de la identificación de la madre. El término “convivencia” entraña relaciones objétales y la salida de la criatura de su estado de fusión con la madre, o su percepción de los objetos como externos a él mismo.

Winnicott (1960a) refiere que el sostenimiento: protege contra la afrenta fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura- tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad)- así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas distintas, ya que forma parte de ellas y no hay dos criaturas iguales; sigue, así mismo, los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura; cambios tanto físicos como psicológicos. El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazos y que constituye una forma de amar. Acaso sea la única que permite a la madre demostrar su amor por la criatura. Las hay que saben sostener una criatura y otras que no; estas últimas no tardan en producir una sensación de inseguridad, acompañada por los consiguientes lloros de la criatura.

Winnicott (1971) menciona que cuando un bebé es sostenido y manipulado de manera satisfactoria, se le presenta un objeto en tal forma, que no se viola su legítima experiencia de omnipotencia. El resultado puede ser el de que el bebé sepa usar el objeto y sentir que se trata de un objeto subjetivo, creado por él. Todo ello corresponde al comienzo, y de ahí nacen las inmensas complejidades que abarcan el desarrollo mental y emocional del bebé y el niño. Winnicott (1971) menciona que cuando el bebé mira a la madre se ve así mismo, pues la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él, pero muchos bebés tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que dan, miran y no se ven a sí mismos, surgen consecuencias, primero empieza a atrofiarse su capacidad creadora, y de una u otra manera buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí. Una madre cuyo rostro se encuentra inmóvil puede responder de algún otro modo. La mayoría de ellas saben responder cuando el bebé está molesto o agresivo, y en especial cuando se encuentra enfermo. En segundo lugar, este se acomoda a la idea de que cuando mira ve el rostro de la

madre. Éste, entonces, no es un espejo. De modo que la percepción ocupó el lugar de la apercepción, el lugar de lo que habría podido ser el comienzo de un intercambio significativo con el mundo, un proceso bilateral en el cual el auto enriquecimiento alterna con el descubrimiento del significado en el mundo de las cosas vistas.

Winnicott (1971) refiere que vincula la apercepción con la percepción al postular un proceso histórico (en el individuo) que depende del ser visto:

- Como miro se me ve, y por lo tanto existo
- Ahora puedo permitirme mirar y ver
- Ahora miro en forma creadora, y lo que apercibo también lo percibo
- En verdad no me importa no ver lo que no está presente para ser visto (a menos que esté cansado)

En términos del papel de la madre, de devolver al bebé su persona, tiene la misma importancia para el niño y la familia. Es claro que a medida que el primero se desarrolla y los procesos de maduración se vuelven más complicados, y las identificaciones se multiplican, aquel depende cada vez menos de la devolución de la persona por el rostro de la madre y el padre, y por los rostros de otros que se encuentren en relaciones de padres o hermanos.

Como se mencionó anteriormente, la función ambiental del holding (sostenimiento) está ligada con la integración psíquica de la criatura. Winnicott (1962) menciona que el logro de la integración estriba en una unidad; en primer lugar viene “yo” incluyéndose en ello “todo lo demás que no soy yo”; luego viene “yo soy, yo existo, adquiero experiencias y me enriquezco y poseo una interacción introyectiva y proyectiva con el NO YO, el mundo real de la realidad compartida”. A esto se le suma lo siguiente “El hecho de que yo existo es visto y comprendido por alguien” y después lo siguiente “me es devuelta (como la imagen de un rostro reflejado en el espejo) la evidencia necesaria para saber que he sido reconocido como ser”.

Bion, (1980) propone el concepto de reviere (ensoñación), el cual coincide con la función de holding en relación a una capacidad de la madre de contención de las angustias del bebé y en la relación de esta capacidad con la génesis del pensamiento. Bion (1980) considera que la madre es quien funciona como un continente de todas las sensaciones del lactante (contenido), de tal forma que con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, devolviéndolos así descargados de angustia de una forma más apropiada en que sí pueden ser toleradas y recibidas por el niño, por lo que la actividad del pensar surge de esta liberación al psiquismo del exceso de estímulos que lo abruman, esta capacidad de la madre de estar abierta a las proyecciones-necesidades del bebé es lo que se denomina como capacidad de reviere.

1.2.2.2 Handing

En lo que corresponde a **la función de la manipulación (handing)**, Winnicott (1962) refiere que da paso a la personalización, se habla de “hacer”, “afuera- adentro” “psique, soma”. Esta función depende de las diversas dimensiones sobre las cualidades de los cuidados maternos, por lo que cuando se proporciona al niño un grado razonable de adaptación a sus necesidades, también se ofrecen mejores oportunidades para el temprano establecimiento de una firme relación entre su psique y soma; en otros términos esa relación se refiere a la elaboración imaginativa de las zonas, sentimientos y funciones del cuerpo, construyendo así una experiencia sentida e imaginada de estar físicamente vivo.

Winnicott (1971) señala que la etapa del “yo soy” antes referida, tiene importancia debido a la necesidad del individuo, de llegar a ser antes de hacer. “Soy” tiene que preceder a “hago”, pues de lo contrario “hago” carecerá de sentido para el individuo. Se da por supuesto que estas etapas de desarrollo llegan en forma delicada en las primeras fases, pero reciben reforzamiento del yo materno y por lo tanto, en esas fases, tienen una fuerza correspondiente al hecho de la adaptación de la madre a las necesidades de su bebé. Tal adaptación no es solo cuestión de satisfacción de instintos, sino que se la debe considerar ante todo en términos de aferrar y manipular. Como se mencionó anteriormente en la etapa, a la que se refiere como “soy” el niño puede decir “lo que hay dentro de mí es yo y lo que está afuera de mí no es yo. Las palabras adentro y afuera se refieren a la vez, en este caso, a la psique y el soma, porque doy por supuesta una sociedad psicosomática satisfactoria que, como se entiende, también es cuestión de un desarrollo saludable.

En circunstancias favorables, la piel se convierte en la frontera entre el “yo” y el “no yo” o, para decirlo de otro modo, la psique ha entrado a vivir dentro del soma, dando inicio a una vida psicosomática individual. La instauración de un estado de “yo soy”, junto con el logro de una vida interior o cohesión psicosomática, constituye un estado de cosas que va acompañado por un afecto específico de angustia que incluye el temor a la persecución. Esta reacción persecutoria es inherente a la idea de la repudiación del “no yo” que acompaña a la limitación de la personalidad unitaria dentro del cuerpo, contenido en la membrana restrictiva de la piel. En la sintomatología de un tipo de enfermedad psicosomática se advierte la insistencia en la interacción psique soma, la cual es mantenida a modo de defensa contra la amenaza de perder la unión psicosomática o contra alguna forma de despersonalización. La manipulación sirve para describir la provisión ambiental que corresponde vagamente a la instauración de una colaboración psicosomática. Sin una manipulación activa se puede llegar a la despersonalización, que se refiere a la pérdida de contacto de una persona con su cuerpo y su funcionamiento,

forma parte de sentirse impotente acerca de los contactos externos y de sus experiencias internas. (Winnicott, 1962)

Winnicott (1987) señala el manejo de las excreciones, donde se ejemplifica lo antes mencionado, refiere que al principio el bebé está muy preocupado por la incorporación, esto incluye el descubrimiento de los objetos y su reconocimiento por medio de la vista y del olfato, y la construcción de los comienzos de la constancia objetal; un objeto adquiere importancia en sí mismo, no solamente como uno de su clase o como algo que pueda brindar satisfacción. A la edad de 6 meses el bebé demuestra ser capaz de relacionar la excreción con la ingesta; al tomar más conciencia, desarrolla interés por su interior, o sea por el área comprendida entre la boca y el ano. Lo mismo ocurre con la mente, de manera tal que, tanto en la mente como en el cuerpo, el bebé se ha convertido en continente. A partir de este momento, existen dos tipos de excreción. Uno de ellos es sentido como perjudicial y lo denominamos malo, y el bebé necesita que la madre se ocupe de éste. El otro es sentido como bueno y puede constituir un regalo que se ofrece en un momento de amor. Junto con estos sentimientos sobre la función, se produce el desarrollo correspondiente de la psique. La madre sabe de un modo altamente sensitivo lo que su bebé siente acerca de estas cosas porque, temporariamente, está familiarizada con ellas. Ayuda al bebé a librarse de los gritos, las patadas, y los productos de la excreción, y está preparada para recibir los regalos de amor en los momentos en que el bebé se los ofrece. Se adecúa al potencial del bebé según cómo sea este potencial en cada momento, y en el preciso estadio del desarrollo que el bebé esté atravesando

Winnicott (1987) considera el sostén y manejo, refiriendo que el cuidado de los niños puede describirse en términos de sostén, especialmente si uno permite que el significado de este término se amplíe a medida que el bebé crece y su mundo se torna más complejo. Por último, el término puede incluir correctamente la función de la unidad familiar y, de un modo más complejo, puede ser empleado para describir la atención de casos, tal como se practica en las profesiones asistenciales.

1.2.2.3 Presentación del objeto

Cabe señalar que un grado mayor de integración y personalización se organizará como parte del proceso de ilusión y desilusión del objeto del que resultará la capacidad para establecer relaciones objetales (Winnicott 1960a), nombra a la cualidad de la madre de favorecer la ilusión de creación en el niño como **presentación del objeto**, considerado como precursor del principio de realidad. Winnicott (1945)

Winnicott (1987) considera que cuando la madre y el bebé se amoldan recíprocamente en la situación alimentaria, ello contribuye al comienzo de una relación humana; se establece así el modelo para la capacidad

de relaciones con objetos y con el mundo, éste modelo de la relación objetal se establece en la primera infancia e incluso lo que ocurre inicialmente tiene importancia. No solo es el comienzo de la alimentación; es el comienzo de la relación objetal. Toda relación de este nuevo individuo con el mundo real debe basarse en el modo en que las cosas comienzan y en el modelo que se desarrolla gradualmente de acuerdo con la experiencia de esta interrelación humana entre el bebé y su madre. El inicio de las relaciones objétales es complejo. No puede tener lugar sin la provisión ambiental de la presentación objetal, realizada de tal forma que el bebé sea quien crea el objeto. El patrón es el siguiente: en el bebé se desarrolla una vaga expectación que tiene su origen en la necesidad del bebé, y de esta manera el bebé empieza a necesitar justamente lo que la madre le presenta. De este modo el bebé llega a adquirir confianza en su capacidad para crear objetos y para crear el mundo real. La madre da al bebé un breve periodo en el que la omnipotencia es una cuestión de experiencia (interna y externa)

Cuando el joven llega a una organización personal de la realidad psíquica interior, ésta última es cotejada a cada instante con muestras de la realidad exterior, o compartida. Se ha desarrollado entonces una nueva capacidad para la relación de objeto, es decir, la que se basa en un intercambio entre la realidad exterior y las muestras de la realidad psíquica personal. Dicha capacidad se refleja en el uso de símbolos por el niño, y sus juegos creadores. (Winnicott 1975)

Cabe señalar que Winnicott (1975) refiere que el cuidado materno satisfactorio entendiéndose por “cuidado materno” el recibido tanto de la madre como del padre. En términos generales, este cuidado puede clasificarse en tres coincidentes en parte:

- Sostenimiento
- Convivencia de la madre y la criatura. En esta fase la función del padre (ocuparse del medio ambiente en beneficio de la madre) es desconocida por la criatura.
- Convivencia de los tres, el padre, madre y criatura.

1.2.3 Funciones parentales

Rutter (1990) menciona las cualidades de la maternidad necesarias para un desarrollo normal, refiriendo que dichas cualidades son: una relación cariñosa, que conduce a un apego, que no se quiebra, que proporciona una estimulación adecuada, en la que la atención materna es proporcionada por una sola persona y tiene lugar dentro de la propia familia del niño. Barudy y Dantagnan (2010) refieren que la función parental, mencionando que ésta implica satisfacer las múltiples necesidades de sus hijos (alimentación, cuidados corporales, protección, necesidades cognitivas, emocionales, socioculturales, etc.), pero debido a que estas necesidades son evolutivas,

los padres deben poseer una plasticidad estructural que les permita adaptarse a los cambios de las necesidades de sus hijos. Refieren que cualquier adulto que ejerza la parentalidad social (capacidades para cuidar, proteger, educar, y socializar a sus hijos), sea padre biológico, sustituto, o educador de un hogar infantil tiene los siguientes objetivos para que esa parentalidad sea considerada competente: el aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación, los aportes educativos, los aportes socializadores, los aportes protectores y la promoción de resiliencia. A continuación se procederá a describir cada una de ellas:

- El aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación: esta función se refiere no sólo a una alimentación con el aporte de los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y prevenir la desnutrición, sino también al aporte de experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que permitan a los hijos, por un lado, construir lo que se conoce como un apego seguro y, o, por otro, percibir el mundo familiar y social como un espacio seguro. Para desarrollar un apego seguro es preciso que los canales de la comunicación sensorial, emocional y más tarde, los verbales no sean en ningún caso obturados, pervertidos o violentados; de lo contrario, se quiebra el normal proceso emocional de familiarización.
- Los aportes educativos: cuantas más experiencias de buenos tratos hayan conocido los padres, más modelos y herramientas positivas y eficaces tendrán para ejercer una influencia educativa competente y moralmente positiva sobre sus hijos. La función educativa está conectada de modo muy estrecho con la nutritiva. Los padres en especial la madre competente, que es capaz de traducir los llantos y los gestos de su bebé como indicadores de necesidades y responde para satisfacerlas, está al mismo tiempo induciendo un proceso que se traducirá en el desarrollo de las capacidades de auto control emocional y conductual. Dicha función contempla cuatro contenidos básicos: el afecto, la comunicación, el apoyo en los procesos de desarrollo y las exigencias de madurez y el control (para aprender a modular sus impulsos).
- Los aportes socializadores: se refiere a la contribución de los padres a la construcción del concepto de sí mismo o identidad de sus hijos, y por otra parte, corresponde a la facilitación de experiencias relacionales que sirvan como modelos de aprendizaje para vivir de una forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad. El concepto de sí mismo es una imagen que los niños van construyendo de sí como resultado de un proceso relacional, porque su formación depende, en gran medida, de la representación del otro, padre o madre, tiene de los niños en general, y de sus hijos, en particular. Estas representaciones son, a su vez, el resultado de las historias de los padres, y en particular, de sus experiencias como hijos e hijas de sus padres- Por lo tanto, las representaciones actuales que los padres tienen de sus hijos y que determinarán, en parte, su parentalidad social emergen del fondo de los tiempos y es parte de un proceso de transmisión a lo largo de generaciones. A raíz de la dialéctica se sabe que lo que una madre o padre sienta o hace por su hijo, y la forma en la que lo comunica tendrá un impacto significativo en la forma en que él o ella se concibe a sí mismo.

- Los aportes protectores: la función protectora se aplica a dos niveles, el primero corresponde a proteger a los hijos de los contextos externos, familiares y sociales que pueden dañarlos directamente o alterar su proceso de maduración, crecimiento y desarrollo. El segundo corresponde a protegerlo de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo. Esta función tiene una estrecha relación con las otras funciones, en especial, la cuidadora y educativa.

Por otra parte Bowlby (1986) considera los roles del cuidador, los cuales consisten primeramente en estar a disposición del que precise de sus cuidados. Refiere que las funciones de la conducta de apego reside en proteger al sujeto así como permitir al bebé que aprenda de la madre diversas actividades necesarias para la supervivencia.

Heredia (2005) refiere la función de los padres como los atributos de los padres que proporcionan la base segura, los cuales son:

- a) Incondicionales y están siempre accesibles y disponibles para proteger y ayudar al niño. Sin esta accesibilidad y disponibilidad el niño no sabrá adaptarse ni podrá afrontar los riesgos a los que pueda estar sometido, no sólo desde el punto de vista social sino también biológico.
- b) Validan los esfuerzos del niño por independizarse, por intentar experiencias nuevas y explorar a su propio ritmo el mundo que le rodea, dejándose correr riesgos por su propia cuenta y alentándole a que encuentre su camino por sí mismo, sin por ello abandonarle.
- c) Perciben los comportamientos y sentimientos del niño como neutrales o benignos, sin mala intención, como parte de su naturaleza y su temperamento.
- d) Mantienen una comunicación clara y directa con el niño, y jamás lo convierten en confidente ni aliado contra el otro progenitor, ni en testigo de agresión y culpabilización hacia el otro.
- e) No emplean etiquetas como “este hijo mío es el vago de la casa”, “es el torpe”, “el egoísta”
- f) No hacen comparaciones con sus hermanos o amigos: “Aprende de tu hermana que...” “Tu primo si que.”
- g) No emplean un tono sarcástico o irónico para marcar lo que está bien y lo que está mal “Claro, cuando no te importa te haces la sorda, ¿no?”
- h) No generan sentimientos de culpa, que mantienen al hijo en una posición carente de fuerza y autonomía: “ya has conseguido que me duela la cabeza”
- i) Los padres cuidan de su hijo, y no a la inversa. No le presionan para que sea un adulto prematuro y se sienta responsable de su bienestar físico o emocional.

El buen despliegue de las competencias parentales permite la estructuración de contextos sanos, donde son los niños sujetos activos, creativos y experimentadores, es decir permiten y facilitan un contexto de aprendizaje, experimentación y evaluación de la realidad desde las capacidades que el niño va formando, Sin embargo refiere que cuando se presenta un estilo vinculante en el que existe abuso y violencia, esto puede explicarse por una incompetencia completa o parcial de los padres, entre otros, caracterizada por una ausencia de elaboración y control de sus emociones, impulsos y conductas; esto se manifiesta en el ejercicio de la tarea parental como una dificultad para controlar sus frustraciones y el dolor de sus dolores infantiles que manifiestan de un modo agresivo abusador, contra sus hijos e hijas. Barudy y Dantagnan (2010). Dicha dificultad tiene consecuencias en el desarrollo de los hijos, de lo cual hablaremos en el siguiente capítulo.

1.3 VÍNCULO Y FUNCIONES MATERNAS, INFLUENCIA EN LA PSICOPATOLOGÍA

Cómo se ha mencionado en los capítulos anteriores, el vínculo y las funciones maternas tienen influencia en la maduración y desarrollo del niño, por lo que fallas en éstas pueden repercutir en la psicopatología del infante.

Al respecto de lo antes mencionado, Winnicott (1987) menciona que desde su opinión, la salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que ha denominado un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado. La madre (sin saberlo) está sentando las bases de la salud mental del individuo. Bowlby (1986) refiere que si un lactante o niño en la primera infancia goza del amor y la compañía de su madre y también, muy pronto de su padre, crecerá sin una exagerada presión debida a una ansia libidinal y sin una propensión demasiado intensa al odio, menciona que es debido a la intensidad, tanto a la demanda libidinal, como del odio que se generan, por lo que la separación de un niño pequeño, de su madre, tras haber establecido una relación emocional con ella, puede resultar nociva para el desarrollo de su personalidad.

Por su parte Barudy y Dantagnan. (2010) refieren que existen investigaciones de las últimas décadas, las cuales han demostrado que los cuidados, la estimulación y los buenos tratos que los adultos dedican a sus hijos e hijas, desempeñan un papel fundamental en la organización, la maduración del funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso.

Antes de referirse a las fallas en el vínculo y funciones maternas en relación a la psicopatología del niño, es importante saber que— las descripciones del autismo y de la depresión anaclítica abrieron camino a un análisis psicopatológico de las estructuras mórbidas precoces. La idea de estructura plantea en el lactante

problemas complejos y ampliamente discutidos. Tanto o más que en edades posteriores a la infancia, el término de estructura sólo puede ser aceptado a condición de entenderlo como una modalidad actual del funcionamiento psíquico sometida a profundas modificaciones posteriores en el transcurso del desarrollo. Aún en el psicótico no pueden prejuzgarse las formas patológicas evolutivas a largo plazo. (Lebovici y Weil- Halpern, 2006)

Lebovici (2006) considera que la psicopatología del lactante ha estado dispersa durante mucho tiempo en gran cantidad de escritos, algunos clínicos y otros con una perspectiva etiológica: la patología lesional cerebral, que ocupa un lugar prioritario en la bibliografía pediátrica; las consecuencias de condiciones tales como la prematuridad y la neonatología con riesgo, la hospitalización y los medios institucionales, los maltratos, etc. La intención de una clasificación de la psicopatología precoz en su empleo es la ordenación de las observaciones, en los documentos relativos a la prevención y a la protección materna e infantil y en la investigación científica.

Con respecto a las fallas en el vínculo y sus consecuencias, nos remitimos a Spitz, (1969) quien refiere que en la relación madre e hijo, aquella es la parte activa y dominante. El niño, al menos en los comienzos, es el recipiente pasivo. Dicho autor menciona que las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante, agrega que las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre e hijo. Por su parte Dolto (1983) refiere que en el estudio del psicoanálisis de madres adultas cuyos hijos se desarrollan con dificultades, se observa que éstas experimentan inconscientemente emociones desvitalizadoras y ansiógenas por sus hijos.

Spitz (1969) refiere que las relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías: A) relaciones madre hijo inadecuadas, B) relaciones madre-hijo insuficientes.

A) Relaciones madre hijo inadecuadas

Spitz, (1969) deja ver que donde prevalecen las relaciones madre-hijo inadecuadas, la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que por razones de su personalidad, la madre es compelida a perturbar la relación normal que ésta debe mantener de ordinario con su hijo; la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica. Por esta razón, llama a este grupo de perturbaciones en las relaciones de objeto, más bien a sus consecuencias, enfermedades psicotóxicas de la infancia. Spitz, (1969) distingue una serie de patrones de conducta maternal dañinos, enumerando los siguientes:

a) Repulsión primaria

En estos casos se observó que en la actitud maternal existe una repulsión global de la maternidad, la gestación y al infante. Estos casos son difíciles de seguir, ya que el niño, con frecuencia muere (accidentalmente o por infanticidio) es abandonado o, en el mejor de los casos, dado en adopción. Las actitudes de esas madres provenían de su historia personal, de sus relaciones con el padre del niño, de la manera en que ellos lograron o no lograron resolver su propio conflicto edípico y su angustia de castración. El infante presentaba reacciones arcaicas y una vez vencido el peligro de morir, aparecían secuelas psicossomáticas acaso menos críticas.

b) Angustia primaria

Es una actitud maternal donde una madre reacciona a toda manifestación de desagrado a su bebé, alimentándolo o amamantándolo. La hostilidad inconsciente hacia su hijo produce sentimientos de culpabilidad que compensan con exceso. Una madre excesivamente preocupada es menos capaz de distinguir si su hijo tiene realmente hambre, o si grita por otras razones que no una madre con menos sentimientos de culpabilidad, puede responder a los gritos del niño alimentándolo. Se puede especular que en las perturbaciones que se producen en edad mucho más tardía y hasta en la edad adulta, se dan las regresiones parciales a tales etapas arcaicas. Pueden ser facilitadas a través de fijaciones que se depositarán en este período. Esas fijaciones harían posible, o al menos estimularían lo que llamamos la somatización, es decir la participación de lo orgánico en la estructura de neurosis y psicosis.

c) Hostilidad de angustia enmascarada

La actitud maternal que observó Spitz (1969) en la inmensa mayoría de las madres cuyos hijos sufrían dermatitis atópica, era angustia manifiesta, sobre todo acerca de sus hijos, la cual correspondía a la presencia de cantidades inusualmente grandes de hostilidad inconsciente reprimida. Estas madres también tenían otras notables peculiaridades; no les gustaba tocar a sus hijos; siempre lograban encargar a una u otra de sus amigas de la institución que cambiara los pañales del pequeño, lo bañara, le diera biberón, etc. Al mismo tiempo, estaban preocupadas con la fragilidad, la vulnerabilidad de sus niños; una de ellas solía decir algo que es característico “Una criatura es algo tan delicado que al menor movimiento en falso se le puede hacer daño”. El infante de estas madres presentaba predisposición congénita a respuestas cutáneas crecientes; posiblemente relacionado a la libidinización de la superficie de la piel, al ser la verdadera necesidad que la madre se negaba a satisfacer.

d) Fluctuaciones entre mimar y ser hostiles

Spitz (1969) considera que cuando el cabeceo en la infancia adopta un giro patológico se convierte en la actividad principal del niño, afectado por este estado, y viene a sustituir a la mayoría de las actividades habituales corrientes en esa edad. La violencia con que se efectuaba el cabeceo, que implicaba una conducta motora y un gasto de energía que excedía con mucho a los que se ven en los niños de la misma edad. La relación entre los niños cabeceantes y sus madres era muy peculiar. La relación no se hallaba ausente pero estaba lejos de ser una relación estrecha y bien equilibrada. En general, las madres de estos niños eran personalidades extravertidas, con una predisposición al contacto intensivo. En la mayoría de los casos se trataba de personalidades infantiles, que carecían de control sobre su agresividad, la cual se expresaba en explosiones frecuentes de emociones negativas y de una hostilidad manifestada violentamente. Esas madres eran víctimas de sus propias emociones, y debido a su personalidad infantil, eran incapaces de darse cuenta de las consecuencias de su conducta e inusualmente contradictorias en sus tratos con el medio. Sus infantes se hallaban a fluctuaciones entre explosiones de cariño, amor y de hostilidad. Los niños mostraron puntos característicos bajos en sus graficas de desarrollo. Se supuso que en el caso de los niños cabeceantes la madre ha entorpecido el establecimiento de lo más importante, del objeto libidinal, lo que hace que las relaciones de objeto posteriores sean difíciles o imposibles para el niño. Posiblemente el “objeto” privilegiado de estos niños es el cabeceo pues al cabecear todo el cuerpo el infante queda sujeto a una estimulación auto erótica. Debido a que a estos niños no se les brindo la oportunidad de investir la representación de las partes privilegiadas de su propio cuerpo en la acción, reacción e interacción con el cuerpo de su madre. Ese objeto que debía ser la madre era tan auto contradictoria, que no se dejaba convertir en modelo para la formación del objeto idéntico a sí mismo en el espacio y en el tiempo, y por eso el establecimiento de relaciones con otros objetos se volvía en cierto modo imposible.

e) Oscilaciones cíclicas del humor de la madre

Las madres solían presentar depresión, además daban muestras señaladas de importantes cambios de humor intermitentes hacia sus hijos. La duración de un humor dado variaba de dos a seis meses. Variaban desde la hostilidad extrema con repulsión, hasta la compensación, extremada, también de aquella hostilidad en forma de solicitud exagerada. Las madres de estos niños parecían deprimidas. Spitz, (1969) distingue tres componentes: 1) la depresión lleva a la incorporación oral del objeto perdido, 2) el niño imita la depresión de la madre, 3) sufre lo que equivale la pérdida del objeto “bueno” (destinado finalmente a fundirse con el objeto “malo”, en el objeto libidinal propiamente dicho). La pérdida de la madre entregada a la depresión no es una pérdida física como cuando la madre muere o desaparece. Es una pérdida emotiva, pues la madre, al cambiar su actitud emocional, cambia también radicalmente las señales con que ella se identifica, para el niño, como objeto bueno.

La madre depresiva obstaculiza este desarrollo normal se distancia de su hijo, adentrándose en la depresión, el cambio radical de su actitud emotiva la transforma en objeto malo. Así el niño es privado de la oportunidad de completar la fusión. En su necesidad de intercambios activos imita a su madre en la actitud deprimida, adquiriendo la tendencia incorporativa de ella, tratando de mantener lo que ya había logrado en el camino de las relaciones de objeto.

f) **Hostilidad conscientemente compensada**

La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente. Para tales madres, el hijo sirve de desahogo para sus satisfacciones narcisísticas y exhibicionistas, no como objeto amoroso. No obstante, una madre así se da cuenta de que su actitud hacia el hijo es impropia, se siente culpable, y por eso, conscientemente, compensa con exceso su actitud mediante una dulzura almibarada, o agridulce. Por ejemplo los padres llenaban las cunas de juguetes por lo que los niños no podían moverse, naturalmente los niños se familiarizaban excesivamente con los objetos inanimados y eran listos para su manipulación. Pero en el sector social de su personalidad, sus gráficas de desarrollo muestran un retardo notable, de acuerdo con el tipo de relaciones humanas que les brindan sus padres. En el segundo año de vida, son aptos para la hiperactividad, no son muy sociables y destructivos con los juguetes, no muestran interés por el contacto con seres humanos y se vuelven hostiles cuando alguien se les acerca.

B) Insuficiencias en las relaciones de objeto

Spitz (1969) considera que privar a los infantes, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto, es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales, tales infantes presentan un cuadro clínico impresionante; dan la impresión de haber sido privados de cierto elemento vital para la supervivencia. Cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres sin ofrecerles un sustituto adecuado, que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros libidinales. En el caso de la privación parcial, obtienen ese suministro insuficientemente. Esta segunda categoría la nombra enfermedades defectivas psicógenas o recíprocamente enfermedades defectivas emocionales. Las consecuencias de la deficiencia emocional se dividen en dos subcategorías, según la extinción de la privación del infante (de los suministros libidinales):

a) **Deficiencia parcial (deprivación parcial) - depresión anaclítica**

Este tipo de niños suele mostrarse en su cama, desviando el rostro, negándose a tomar parte en la vida de su alrededor. Dichos niños tenían una experiencia en común: en cierto momento entre el sexto y el octavo mes de vida, fueron privados de la madre durante un período, prácticamente ininterrumpido, de tres meses. La sintomatología y la expresión facial de esos infantes, recordaban grandemente la que se encuentra en los

adultos que padecen depresión. En vista de lo incompleto del aparato psíquico del niño y de los factores etiológicos específicos que producen este síndrome, era forzoso establecer una distinción entre la depresión de adulto y la del niño, por lo que la llama depresión anaclítica, el niño permanece privado de su madre sin que le proporcionen un sustituto aceptable para un periodo que dura más de tres meses a cinco meses, se inicia entonces un empeoramiento del infante. Después de los tres meses hay un periodo transitorio de unos dos meses, durante los cuales los síntomas se hacen más marcados y se consolidan. Por el contrario si durante este periodo de transición, regresa la madre, la mayor parte de los niños mejoran.

Una condición necesaria para el desarrollo de la depresión anaclítica es que el infante, antes de la separación haya tenido buenas relaciones con su madre.

Dolto (1983) refiere que ciertos humanos que carecieron de los intercambios simbólicos con el mundo interhumano, aunque fueron asistidos materialmente en cuanto a sus necesidades no pudieron ejercer su función simbólica en lo que se refiere al deseo del mundo exterior, porque las personas nodrizas que se ocupaban de ellos no supieron iniciarlos en ello. Por esta razón, su vida simbólica permaneció durante semana o meses sin medio de lenguaje (percepciones significantes cuyo medio es informado por su función simbólica si el adulto maternante sabe ser atento a ello y responde). Los bebés privados de una presencia humana cariñosa utilizan su deseo a estar atentos exclusivamente a sus necesidades y a las variaciones de sus sensaciones viscerales, que se vuelven sus únicos elementos de lenguaje.

Winnicott (1960b) refiere que cuando el niño cuenta con una provisión ambiental satisfactoria que luego se suprime, el niño ve sustituida la provisión ambiental por una reacción ante el fallo del medio ambiente y esta reacción trunca el sentimiento de continuidad de su existencia. El nombre que se da a semejante estado de cosas es el de pérdida. Éste es el punto de origen de la tendencia antisocial, y es aquí donde comienza lo que se apodera siempre que empieza a sentirse esperanzado y que, al mismo tiempo, impone una actividad antisocial hasta que alguien se da cuenta del fallo del medio ambiente y trata de corregirlo. El fallo se produjo realmente en su historia del niño, y también es cierto que hubo un desajuste significativo con respecto a las necesidades esenciales de éste.

Rutter (1990) define deprivación a la pérdida de la asistencia materna, pero no necesariamente a la de la figura de la madre; dicho autor observa como consecuencias de la deprivación materna a corto plazo: el síndrome de la angustia (protesta, desesperación, desapego) debido a una ruptura o distorsión del proceso de formación de vínculos (no necesariamente con la madre) y que el síndrome de retraso en el desarrollo se debe

quizá a una privación de la estimulación social, perceptiva y lingüística. Rutter (1990) menciona que el retraso es debido a una falta de estimulación y no a la pérdida de estimulación, por lo que considera más correcto hablar de privación que de deprivación, cuando se trata del retraso, sin embargo refiere que es diferente cuando se habla de síndrome de angustia, el cual es debido a una “deprivación” (es decir a la pérdida más que a la falta) y no a una “privación”.

b) Deficiencia total (privación emocional total)

Si se priva a los infantes, durante el primer año, de todas las relaciones de objeto por periodos que duren más de cinco meses, darán muestras de los síntomas cada vez más graves de un empeoramiento, que parece ser, en parte al menos, irreversible. Estos niños después de la separación de sus madres, pasaban por las etapas de empeoramiento progresivo características de la privación parcial descritas anteriormente. Los síntomas de la depresión anaclítica seguían unos a otros en rápida sucesión y pronto, después de un periodo relativamente breve de tres meses, aparecía un nuevo cuadro clínico: el retraso motor se hacía evidente, los niños se tornaban pasivos por completo, no lograban alcanzar la etapa del control motriz requerida para darse vuelta en la posición que tenían hasta quedar boca abajo. El rostro se mostraba inexpresivo, la coordinación ocular era defectuosa, la expresión, muchas veces de imbecilidad. El empeoramiento progresivo y el aumento de la propensión a las infecciones en esos niños, llevaba a un porcentaje tristemente de casos de marasmo y muerte.

Rutter (1990) refiere que con respecto a las consecuencias a largo plazo de la “deprivación materna” se han determinado mecanismos para obtener diferentes resultados: retraso mental, enanismo, delincuencia, psicopatía y posiblemente depresión. Menciona la probabilidad de que los procesos psicológicos implicados en cada una de estas consecuencias sean un tanto diferentes. También refiere que la reversibilidad de los efectos nocivos de la deprivación materna depende de la duración y gravedad de la privación, de la edad del niño cuando ésta cesa y de lo completo que sea el cambio del entorno. En cuanto a una privación prolongada y persistente, los efectos nocivos no pueden ser corregidos por un arreglo ambiental parcial y a corto plazo tras de lo cual el niño retorna a las circunstancias de la deprivación. Para que la psicopatía sea reversible es necesario que el niño haya experimentado durante la primera infancia unas relaciones normales; la inversión completa es difícil después de los 3 años de edad, aunque pueda aún registrarse una mejoría posterior. En cuanto a la perturbación social se ha demostrado que un cambio favorable en las circunstancias ambientales durante la infancia media se halla asociado con una tasa más baja de la perturbación.

En cuanto a la privación del vínculo, Cyrulnik (2005) considera que éste genera en el desarrollo de una personalidad en una dirección que lleva a la caída depresiva. Pero una fantasía puede organizar un patrón de

comportamiento y obtener su fuerza modeladora en el vínculo afectivo. También menciona que los bebés abandonados, niños privados del amor materno, repiten, sorprendentemente, un mismo comportamiento: después de la búsqueda exasperada, manifiestan desesperanza, luego indiferenciada afectiva. Los niños con amor no poseen la base de seguridad que les permite partir a la conquista del mundo. Esos niños anaclíticos no pueden respaldarse en nadie. Son demasiado pequeños para arreglárselas solos, entonces se repliegan en sí mismos, aumentan las actividades auto centradas, se balancean, se masturban, se succionan el pulgar o se arrancan el cabello antes de acurrucarse boca abajo. Si sobreviven guardaran la impronta de esa privación que organizará un verdadero destino de carencia afectiva. En la escuela desarrollarán una estrategia afectiva fantasmática: “Voy a ganarme el afecto de los otros sacrificándome, ya que no pueden amarme por mi mismo” Ese deseo de sacrificio los eleva por encima de los niños amados normalmente. “Es tan excepcional el sacrificio que hago que me van a amar excepcionalmente”. Más tarde, encontrarán un compañero que busque una buena contención afectiva “Hará todo lo que quiero, me amará tanto y la siento tan débil”. Para hacerla feliz y hacerse amar, ese joven de 20 años se sacrificará- Conducirla la vida de su mujer y sufrirá intensamente una angustia de despersonalización... ¡a los 40 años!

Otro autor, ya antes mencionado que refiere las consecuencias de existir fallas en el vínculo es Lebovici (2006), quien considera que las relaciones entre el bebé y sus compañeros de crianza se definen por las interacciones, refiere que las perturbaciones funcionales del bebé tienen toda la probabilidad de ser una de las consecuencias de las dificultades maternas; coincide con Spitz, mencionando que cuando la madre sufre depresión o ansiedad, estos estados repercuten en su comportamiento materno e implican problemas de sueño o apetito en su niño. Si ella presenta signos de la serie delirante o psicótica, no da a su bebé el lugar que debería tener y con ello corre el riesgo de descuidarlo gravemente e incluso maltratarlo. Por su parte, el bebé puede desarrollarse de modo no armónico o presentar impedimentos congénitos que amenazan con alterar el programa de las conductas maternas y producir en la madre reacciones depresivas. Estas no pueden más que agravar las dificultades iniciales del pequeño. La patología del bebé es la expresión del estado de aquellos que lo crían, pero también, algo que tiende a olvidarse, que él mismo puede ayudar a estos últimos.

Relacionado con lo anterior se encuentra el tema de la depresión de la madre y el lactante Lebovici (2006), pues al encontrarse la madre deprimida se puede dar pie a la deprivación materna (pérdida de estimulación):

- Depresión de la madre y del lactante

Cuando la madre se deprime, el bebé reacciona con problemas funcionales que con frecuencia revelan el malestar materno. Cuando el bebé presenta alguna irregularidad de desarrollo o una enfermedad sensorial o

motriz, ocasiona en su madre una reacción depresiva; por eso en ocasiones se organizan círculos viciosos igualmente interactivos.

La depresión de la madre puede tener expresiones variables; puede tratarse de una depresión crónica muy anterior al embarazo. Si el bebé no llega a desencadenar en su madre la felicidad de la maternidad, esta depresión no puede tener más que consecuencias desfavorables para el niño. Las depresiones pospuerperales se asocian con frecuencia a síntomas caóticos, y hacen difícil la prosecución de la crianza para la madre, sin que se tome ninguna precaución al respecto. En cuanto a las depresiones existenciales, ya sea que éstas estén ligadas a sucesos recientes o a duelos no resueltos, o bien que sean provocadas por el estado no satisfactorio del bebé, sus consecuencias parecen ser variables:

- Quizá el temperamento del bebé desempeña a un papel en la manera en que reacciona la madre depresiva;
- T Field ha mostrado que la reacción del desamparo del bebé, a quien su madre presenta una cara impasible, es menos clara en los niños de madres realmente deprimidas; quizá están más acostumbrados a la cara triste de su madre
- A Guedeney (comunicación oral) enumera los efectos posibles de la depresión materna de la siguiente manera: alteraciones posibles en la estabilidad de las actitudes maternas: el maternaje puede también ser sobre estimulante e incoherente; el embotamiento afectivo perjudica la empatía materna.

En cuanto a la depresión del lactante Lebovici (2006) refiere que es un desorden mítico de evolución aguda o sub aguda cuyo determinismo electivo es una ruptura prolongada del vínculo materno y el componente esencial, y una atonía afectiva que priva al bebé de sus apetencias vitales.

La entrada de la depresión se hace tras un periodo preliminar de angustia de la separación exacerbada hasta lo patológico por la ruptura traumática. En las circunstancias actuales, donde la separación es menos radical, la angustia no es siempre tan intensa. Pero está siempre presente, modulada con base en las circunstancias presentes y anteriores. Todo sucede como si la depresión fuera la continuación de una angustia agotada por su desbordamiento. La depresión del lactante no tiene una expresión unívoca. Sus variaciones dependen del grado de intensidad de la perturbación, de su duración, de la edad del niño(a) y de las condiciones etiológicas. Las formas más severas recurren a designaciones como el estupor, el embotamiento, el niño se sienta inmóvil o se acuesta con el cuerpo enrollado, está vuelto de espalda, el rostro fijo, con una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego a su entorno. Por otra parte, existen expresiones menos evidentes; la dificultad para reconocerlas puede tener que ver simultánea o separadamente, con lo débil de los síntomas, con

el camuflaje de una patología somática que la enmascara, o con circunstancias familiares o sociales que ocultan. Existe la posibilidad de que la depresión evolucione por cortos, largos o breves, evidentes o discretos; su severidad se hace patente por las desorganizaciones psicosomáticas que con frecuencia se revelan. Lebovici (2006)

Lebovici (2006) refiere que los elementos esenciales de la enfermedad depresiva en el lactante son: atonía rítmica, inercia motriz, pobreza interactiva, vulnerabilidad psicosomática. Dentro de las condiciones etiológicas se encuentran- consecuencias de frustraciones precoces y graves en el medio familiar, consecuencias que a veces son evidentes y que se inscriben en la patología del niño gravemente abandonado o víctima de maltratos, y a veces latentes y disimuladas; en segundo plano de condiciones que parecen encontrar justificaciones materiales, se perfilan personalidades parentales patógenas y con graves fallas en la función materna. La separación sigue siendo un factor importante en la depresión del lactante, pero no es la única forma de ruptura patógena. Muchas depresiones sobrevienen con el contacto de una madre físicamente presente pero mentalmente ausente. Las circunstancias de esto son diversas. Es especialmente sorprendente la frecuencia de la depresión infantil en ambientes donde hay un duelo o una descompensación depresiva de la madre. La muerte de alguien cercano durante el embarazo y la perinatilidad letal surgen con una frecuencia significativa; el deceso de un recién nacido, un niño muerto en útero, la interrupción de un embarazo... la detección de estas circunstancias es un punto crucial de la acción terapéutica- El hundimiento depresivo de la madre produce un cambio brutal y verdaderamente mutativo en la interacción. Una relación rica, feliz, activa, viva, es sustituida por intercambios pobres. A partir de ahí se centra en un ciclo de transacciones negativas entre dos participantes deprimidos. No debemos olvidar el papel que desempeña aquí el niño, cuya apatía desanimante sólo puede alimentar la depresión de esta mujer, herida en lo más vivo de sus culpabilidades depresivas y de sus capacidades maternas. Esta doble vertiente aparece claramente en el trascurso de las psicoterapias conjuntas madre-bebé cuando las madres atraviesan por una situación de duelo. La interacción fantasmática de la madre depresiva introduce una insuficiencia relacional cualitativa y cuantitativa. Las particularidades interactivas del niño deprimido expresan una a una las fallas del “funcionamiento objetal”, al mismo tiempo que la degradación de las capacidades fundamentales: la aptitud para reaccionar a las aferencias exteriores y a los estímulos, la respuesta a las solicitaciones, la comunicación, el ejercicio de las iniciativas, el reconocimiento afectivo. A estas desapariciones responden las de los funcionamientos psicoafectivos fundamentales ligados al autoerotismo, la realización alucinatoria del deseo que es la capacidad del bebé para encontrar, en ausencia de la madre, las satisfacciones experimentadas con su contacto y la función de anticipación que está presente desde el tercer mes. El funcionamiento mental de la atonía depresiva se instala en un registro de extinción de los afectos, de

disipación de las representaciones o de sus precursores genéticos, de la pérdida de la capacidad alucinatoria del objeto, incapacidad que podría influir en toda depresión.

Lebovici (2006) refiere que era clásico admitir que la depresión atacaba electivamente a los niños cuyos vínculos de compromiso eran antes muy fuertes, es decir aquellos que eran muy amados. Esta circunstancia dista mucho de ser constante si se observa con cuidado la calidad interactiva anterior.

También se habla de la psicosis y neurosis en relación a fallas en vínculo y funciones maternas:

En cuanto a la neurosis, Lebovici (2006) considera que las diversas formas de angustia de separación son la base de los estados neuróticos y por lo tanto, deberían llamar la atención desde la primera edad, pero esto sólo es posible cuando dan lugar a problemas funcionales ruidosos en el bebé. Tales formas se instalan en el centro de las desarmonías interactivas.

Lebovici (2006) refiere que las desorganizaciones estructurales severas contienen muchos elementos del comportamiento vacío, especialmente los graves defectos de la relación y del funcionamiento objetal, que se añaden a otras carencias fundamentales de la personalidad. Al vacío relacional se añade la discontinuidad o la incoherencia. Las variantes clínicas están ligadas a las circunstancias y sobre todo a la edad. En el primer semestre aparece, más que nada, la indiferencia, la escasez de sonrisas y de vocalizaciones, debilidad de la comunicación, apatía, atonía, un embotamiento o distorsión de los comportamientos de capacidad, el desvío de la mirada, el malestar del bebé al contacto corporal. En resumen, los índices semiológicos de la insuficiencia primaria del apego. En el segundo semestre y el segundo año, el cuadro incluye daños en la mayoría de los sectores de desarrollo y de la personalidad. Se reconocen los tres primeros años de vida como uno de los periodos en los que la vulnerabilidad del niño es mayor en relación con la influencia de la psicosis parental, y más específicamente con la psicosis materna, Persson (en Lebovici, 2006) refiere estas mujeres parecen más tensas inseguras, aparentan menos contacto social, particularmente en el plano vocal y en cuanto a sonrisas con su bebé. Los bebés también aparentan significativamente menos contacto social con su madre. Las parejas de madre y lactante parecen tener menos contactos visuales mutuos en relación con un grupo control. Del conjunto de estudios enfocados a la observación precoz de estas díadas, en particular durante el primer año, Lebovici (2006) extrae un cierto número de pequeñas señales clínicas que alertan y que conciernen a las diferentes modalidades de interacciones:

- Interacciones visuales: la elusión de la mirada en la madre puede asociarse con una hiper vigilancia visual en el niño, o, al contrario, producir secundariamente la elusión; casi siempre el niño se prende e incluso

se aferra con la mirada al extraño, como si buscara desesperadamente reunirse, reorganizarse en la mirada del otro. Hay retardo en la apreciación y es rara la mirada mutua.

- Interacciones corporales; continencia (holding) caótica con alternancia de acercamientos u alejamientos del niño; éste responde ya sea de un modo hipertónico o poniéndose flácido “vacándose”. La tolerancia de la madre a la motricidad del bebé parece débil, el bebé reacciona con una retención, una represión del movimiento voluntario.

- Interacciones vocales: la madre suscita y responde raras veces las vocalizaciones del bebé.

- La dimensión lúdica está a caso ausente en las interacciones.

Los periodos críticos de la relación-madre lactante en madres psicóticas son, entre otros, las grandes etapas de individuación del niño que originan las crisis en las que tanto él como la madre están en peligro.

Las psicosis más reactivas (esquizoafectivas, esquizofreniforme, pseudoneurotica) tenderán a crear disturbios inmediatos al niño, mientras que las psicosis procesuales (cetonia, hebefrenia) sólo verán la expresión de sus efectos patógenos en la edad adulta; las primeras, mucho más que las segundas., arrastrando al niño a relaciones interpersonales y evoluciones caóticas. La presencia en el cónyuge, por desgracia frecuente, de una psicopatología grave tiene un efecto acumulativo para el niño. Aunque son muy excepcionales, mencionamos aquí las conductas parentales que ponen directamente en peligro la vida del lactante. El infanticidio, que se produce con más frecuencia en los primeros seis meses de vida, responde a motivaciones diversas en los padres esquizofrénicos; es un acto impulsivo o bien dictado por alucinaciones; puede asociarse a ideas sacrificiales o a ideas suicidas. En las formas de estados psicóticos con un componente depresivo, el asesinato del niño que precede al impulso suicida sería cometido para “salvar” al niño de un destino trágico; se habla entonces de “suicidio altruista”.

En cuanto a las funciones maternas, según Winnicott (1987) y sus consecuencias en el desarrollo del niño, dicho autor menciona que por muy diversas razones algunos niños son defraudados cuando aún no están capacitados para evitar que su personalidad resulte dañada o mutilada a causa de ello. En muchos casos puede ser que dichos niños sean defraudados debido a que la madre no está tan conforme con el modo en que sostiene a sus bebés. Algunas madres experimentan dudas: el bebé parece más feliz en la cuna. En estas madres pueden existir vestigios del miedo que padecieron cuando eran niñas y sus madres les permitían sostener a un recién nacido, o puede ser que sus madres no hayan sabido sostenerlas adecuadamente a ellas, y que teman transmitirle a su bebé esta inseguridad del pasado. Una madre ansiosa utiliza la cuna lo más posible, o entrega al bebé al cuidado de una niñera, seleccionada por su habilidad natural para ocuparse de los bebés.

Winnicott (1963) señala que la salud mental del individuo, es decir, el hecho de que esté libre de psicosis o propensión a ella (esquizofrenia), se apoya en este cuidado materno, en el que apenas se repara cuando no hay complicaciones y que es continuación de la provisión fisiológica que caracteriza al estado prenatal. Esta provisión o condición ambiental es asimismo continuación de la vida de los tejidos y de la salud funcional, que proporciona a la criatura un callado pero importantísimo apoyo del ego. Así, la esquizofrenia, la psicosis infantil o, posteriormente, la propensión a la psicosis, están relacionadas con la falta de provisión ambiental.

Winnicott (1987) refiere que en la psiconeurosis, el analista se remonta a la infancia del paciente, a una etapa de dependencia casi absoluta; en estos casos han existido fallas del ambiente facilitador en una etapa anterior a aquella en que el yo inmaduro y dependiente adquiere la capacidad de organizar defensas. En los casos denominados fronterizos hay un impulso refrenado a avanzar en el desarrollo emocional; el único modo de recordar las experiencias muy tempranas consiste en recibirlas, y como se trata de experiencias que en su momento fueron excesivamente dolorosas porque tuvieron lugar cuando el yo no estaba organizado y el yo auxiliar del quehacer materno era deficiente.

El efecto de un sostén inadecuado es la agresión y puede decirse que la mayoría de los bebés transcurren sus primeras semanas o meses sin recibir agresiones; con frecuencia, las agresiones tienen importancia, pues tienden a provocar un sentimiento de inseguridad y también sucede que el proceso de desarrollo se demora debido a las reacciones ante la agresión, las cuales fragmentan el hilo de continuidad que es el niño. (Winnicott, 1987)

Winnicott (1987) refiere que las fallas graves en el sostén producen en el bebé una ansiedad inconcebible; el contenido de esta ansiedad es:

- Partirse en pedazos
- Caída interminable
- Completo aislamiento, ya no existe medio para comunicarse
- Separación entre psique y soma

Dicha ansiedad, desde el punto de vista clínico, corresponden a la esquizofrenia o a la aparición de un elemento esquizoide oculto en una personalidad por lo demás no psicótica. Un bebé que no recibe un cuidado satisfactorio durante la primera fase, antes que el bebé haya establecido una diferencia entre la percepción objetiva y la subjetiva, presenta dificultades en su desarrollo. En cuanto a la insuficiencia materna, Winnicott (1962) hace referencia a:

1. Las deformaciones de la organización del ego que constituyen la base de las características esquizoides
2. La defensa específica del auto sostenimiento, o el desarrollo de una personalidad vigilante y la organización de un aspecto falso de la personalidad (falso por cuanto lo que demuestra no es un derivado del individuo sino del aspecto materno del acoplamiento criatura-madre). Se trata de una defensa cuyo éxito puede acarrear una nueva amenaza al núcleo de la personalidad, pese a estar destinada a ocultar y proteger dicho núcleo.

Winnicott (1960b) refiere que el resultado de un buen cuidado materno consiste en que la criatura lleva en sí una continuidad existencial que constituye la base de la fuerza del bebé; mientras que el fallo de dicho cuidado produce la interrupción de esa continuidad a casusa de las reacciones provocadas por las consecuencias del fallo en cuestión, con el consiguiente debilitamiento del ego. Semejantes interrupciones constituyen el aniquilamiento y evidentemente van asociadas a un dolor de característica e intensidad psicóticas. En algunas investigaciones como la de Monserrat (2001) se ha estudiado la relación entre hiperactividad y fallas en el funcionamiento psíquico halladas en un niño de siete años, dicha autora menciona que un holding “defectuoso” parece designar la manera en que los niños hiperactivos abandonan sus pensamientos o los objetos, como consecuencia de no haber podido interiorizar la función de soporte de los cuidados materno paternos.

Una falla en la función del handing puede llevar a la despersonalización, entendida como la pérdida de contacto de una persona con su cuerpo y funcionamiento, forma parte de sentirse impotente cerca de los contactos externos y de sus experiencias internas (Winnicott, 1949). En esos casos se puede observar la manifestación de una dependencia física excesiva como resultado de la falta de autonomía emocional. Así también una falla en la función de presentación del objeto puede llevar a la descomprensión y pérdida de contacto con la realidad. (Winnicott, 1963) La despersonalización trasciende en la instalación de un falso self. (Winnicott (1960b) menciona que el ser falso se desarrolla al comienzo de la relación madre hijo, refiere que la función del ser falso consiste en ocultar y proteger al ser verdadero, sea cual fuere éste. Clasifica las organizaciones del ser falso de la siguiente manera:

1. En un extremo: el ser falso se establece como real, siendo precisamente esto lo que los observadores tienden a tomar por la persona real. Sin embargo, en la relaciones de la vida, del trabajo, y en la amistad, el ser falso empieza a fallar. En algunas situaciones donde hace falta una persona completa, el ser falso se encuentra con que le falta algún elemento esencial.
2. En un extremo inferior: el ser falso se defiende al ser verdadero, a quien, de todos modos, se le reconoce un potencial y se le permite una vida secreta.

3. Más cerca de la salud: el ser falso se ocupa principalmente de buscar las condiciones que permitan al ser verdadero entrar en posesión de lo suyo. En caso de no encontrarlas, es necesario reorganizar una nueva defensa contra la explotación del ser verdadero; en caso de duda, el resultado clínico es el suicidio. En este contexto el suicidio consiste en la destrucción del ser total a fin de evitar el aniquilamiento del ser verdadero.

4. Aún cerca de la salud; el ser falso se edifica sobre identificaciones.

5. En la salud: el ser falso se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un “no llevar el corazón en la mano” pudiéramos decir. Se ha producido un aumento en la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, ganando así un lugar en la sociedad que jamás puede conseguirse ni mantenerse mediante el ser verdadero a solas.

Cómo se ha revisado a lo largo de los primeros capítulos Winnicott (1960b) menciona a la “madre buena” y la “madre no buena”. La “madre buena” es la que responde a la omnipotencia del pequeño en cierto modo le da sentido. Esto lo hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño. La madre que “no es buena” es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño. El niño se ve seducido a la sumisión y es un ser falso y sumiso quien reacciona ante las exigencias del medio ambiente, que parecen ser aceptadas por el niño. Por mediación de este ser falso el pequeño se construye un juego de relaciones falsas y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad, de tal manera que el pequeño, al crecer, no sea más que una copia de la madre, niñera, tía, hermano o que sea que domine la situación entonces. El ser falso tiene una función positiva y muy importante: ocultar al ser verdadero, lo que logra sometiéndose a las exigencias ambientales

Por su parte Bowlby (1986) refiere que el arte de ser una buena madre o un buen padre depende, en parte, de la habilidad para distinguir aquellas frustraciones que deben evitarse de las que son inevitables. Menciona que aquellos que sufren trastornos psiquiátricos ya sea de índole psiconeurótica, sociopática o psicótica, muestran siempre alteración en la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente. Refiere que en los psicópatas es común encontrar que su infancia haya estado alterada por el fallecimiento, divorcio o separación de los padres, o bien por otros acontecimientos que dieron lugar a la ruptura de vínculos. Otro grupo psiquiátrico que muestra una incidencia muy elevada de pérdidas de seres queridos durante la infancia es el de los paciente suicidas tanto los que intentan suicidarse como quienes lo logran; tales pérdidas tuvieron lugar, con más probabilidad durante los 5 primeros años de vida y no se trataba solamente del fallecimiento de la madre o del padre, sino también de otras causas persistentes, sobre todo por

ilegitimidad y divorcio, en ocasiones se encontraban la muerte de ambos progenitores. Otro estado asociado con una incidencia significativamente elevada de pérdida de progenitores durante la infancia es la depresión. El tipo de pérdida experimentada, sin embargo, tiende a ser una índole diferente a la ruptura general de la familia típica de las infancias psicópatas y de sujetos que intentaron suicidarse. En primer lugar, en la infancia de depresivos, la pérdida es debida con mayor frecuencia a fallecimiento de la madre o de la madre, que a ilegitimidad, divorcio o separación. En segundo lugar, en los depresivos, la incidencia de pérdida tiende a aumentar durante el segundo quinquenio de la niñez y en algunos estudios también en el tercero. En la sociopatía y tendencia suicida, no sólo es probable que haya tenido lugar en etapas precoces de la vida una pérdida inicial de un progenitor, sino que también probablemente hayan existido tanto una pérdida permanente, como que el niño haya soportado a continuación repetidos cambios de figuras parentales.

Bowlby (1986) considera que las personas con síntomas neuróticos o depresiones o fobias, han estado expuestos a determinados patrones típicos de acción parental patógena, que corresponden a lo siguiente:

- a) Uno de los padres, o bien ambos, no responden al comportamiento del hijo destinado a provocar que le impartan cuidados, y o le descuidan o rechazan activamente.
- b) Discontinuidades en la asistencia parental, con más o menos frecuencia, incluyendo períodos transcurridos en un hospital u otra institución.
- c) Amenazas persistentes por padres que no aman al hijo y utilizadas como medio para controlarle
- d) Amenazas por parte de los padres de abandono de la familia, utilizadas, bien como método para someter al hijo a disciplina, o como un modo de coaccionar a un cónyuge.
- e) Amenazas por parte de los padres de abandonar o incluso matar al otro o incluso de cometer suicidio.
- f) Inducir al niño a sentirse culpable diciendo que su comportamiento es o será responsable de la enfermedad o de la muerte de la madre o del padre.

Al revisar este capítulo podemos concluir que existe una relación importante entre vínculo, funciones maternas y psicopatología del niño, para ello se requiere de la capacidad materna, la cual depende de las propias vivencias de la nueva madre con su madre (o cuidador principal) durante la niñez, así como de su ambiente familiar, patrones de violencia o de apoyo, etc. Un aspecto importante a considerar es que existen autores que refieren un aspecto biológico en la capacidad materna, sin embargo esto no determina que únicamente las mujeres puedan adquirir dicha capacidad, también los hombres logran adquirirla si el ambiente lo facilita, p.e buenos tratos. Lo mismo sucede con las funciones maternas descritas por Winnicott, dicha autora considera que dichas funciones las puede llevar a cabo tanto el padre como la madre. Algunos autores no hacen distinción en

el sexo y hacen referencia a las funciones parentales. En el presente caso se hace énfasis en la función materna y vínculo con la madre, debido a que la cuidadora principal es la madre.

Considero que cada una de las teorías aquí presentadas ofrece consideraciones relevantes en el estudio del vínculo entre madre y bebé, me parece que ninguna de ellas puede ser descartada y aunque algunas utilizan términos, los cuales algunos autores consideran peyorativos, me parece que independiente al concepto, cada una tiene aportaciones que contribuyen a la comprensión del vínculo y psicopatología infantil, ejemplo de esto es el objeto bueno y malo, al que se refiere Klein, me parece que cuando se comprende a profundidad estos conceptos se observa similitud con otros conceptos de otros autores. Coincido con Bolwby en cuanto a la crítica que hace a Spitz, quien hace referencia a la angustia de los 8 meses, pues se ha encontrado que dicha angustia puede aparecer antes y existen múltiples factores al desarrollo de esta, no se limita a la experiencia desagradable con el extraño.

CAPÍTULO 2. PÉRDIDAS

Neimeyer (2002) refiere que la pérdida, en términos generales, es vista como la privación, el fracaso, la disminución y la destrucción, se le da un significado personal a esas pérdidas pasadas y presentes en nuestras vidas. Dicho autor deja ver que para entender la experiencia de la pérdida, suele ser útil reconocer la omnipresencia en la vida humana, pues en cierto modo se pierde algo con cada paso que avanzamos en el viaje de nuestras vidas, cosas que van desde las más concretas, como las personas, lugares u objetos, hasta las más inmateriales.

Existen múltiples formas de pérdidas presentes en la vida humana: las provocadas por la muerte, la enfermedad y la discapacidad; las que provocan la destrucción del hogar, las propiedades o la carrera profesional (pérdida del empleo); y las generadas por la disolución de matrimonios, amistades y otras relaciones íntimas (rupturas sentimentales). Las pérdidas que acompañan cada etapa de la vida requieren un proceso de elaboración y de adaptación personal y a pesar de las grandes diferencias existentes entre estos tipos de pérdidas, hay algunas semejanzas en la forma en que las personas que las sufren elaboran su duelo. (Neimeyer, 2002. Vicente, 2009). A continuación se hablará brevemente de las pérdidas múltiples, específicamente en la infancia.

2.1 PÉRDIDAS MÚLTIPLES

Tizón (2004) refiere que la infancia está jaloneada de duelos y pérdidas, debido a que cada nueva fase en el desarrollo del niño supone una pérdida o separación mayor de sus cuidadores y una pérdida de modelos de vivir y relacionarse. Dichas pérdidas obligan a la representación mental del objeto, a comunicarse con él (en el mundo interno y externo) para intentar remediar la separación o evitar otras posteriores. Dentro de las principales transiciones en los niños y en sus familias que señala el autor, se encuentran:

- Nacimiento
- Destete
- Ansiedad ante el extraño
- Deambulación
- Triangulación edípica
- Industriosidad
- Pubertad y adolescencia

Algunos niños, además de las pérdidas implicadas en cada fase, padecerán algunas pérdidas menos frecuentes que desencadenan duelos difíciles de elaborar que sobrepasan las capacidades de contención del

medio social del niño., como lo es la pérdida de los progenitores, de la cual se hablará posteriormente (Tizón, 2004)

Es importante señalar que los niños que han sufrido pérdidas importantes en la infancia son más vulnerables a los trastornos mentales posteriormente (en la infancia y en la vida adulta). Si la pérdida ha sido traumática, complicada o con duelos imbricados, perfectamente puede manifestar los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Se ha establecido que los niños que han sufrido pérdidas importantes están más expuestos a desarrollar trastornos psiquiátricos en la infancia, dichas pérdidas se constituyen así como un factor de riesgo importante (Tizón, 2004), se profundizará en esto en el capítulo de factores que intervienen en el duelo patológico.

Tizón (2007) señala que los duelos que más afectan son las pérdidas de los objetos internos nucleares, por ejemplo, la pérdida de las figuras parentales: madre y padre y sus sustitutos o simbolizaciones; la pérdida de la seguridad que proporciona la triangulación originaria: por rupturas, separaciones, muertes; las pérdidas que afectan al superyó y al ideal del yo: fracasos vitales; pérdida de ambiciones, ilusiones o moral, situaciones de anomia más o menos intensas y crónicas; los cambios o pérdidas en el self, a cualquiera de sus niveles: pérdida de partes del cuerpo o del funcionalismo corporal, pérdida de la juventud, pérdida de la aceptación por los demás, etc. En ocasiones, hay objetos internos que, sin ser ninguno de los citados, los típicamente nucleares, son nucleares para el sujeto en cuestión y, por lo tanto, su pérdida externa o interna desencadena profundos procesos de duelo, profundos procesos elaborativos, seguidos de importantes transformaciones de la personalidad.

A continuación se presenta una tabla con los diferentes tipos de pérdida en la infancia, diferentes a las presentadas en cada fase del desarrollo (Tizón, 2004):

- Pérdidas relacionales- de seres queridos, de seres odiados, de relaciones de intensa ambivalencia, consecuencias relacionales de la enfermedad, anomalía, trastorno o disfunción bio psicosocial, separaciones y divorcios de los padres, abandonos por parte de progenitores o cuidadores, privaciones afectivas, deprivación afectiva, abuso físico o sexual, resultados relacionales de la migración.
- Pérdidas intrapersonales- en desengaños por personas, tras pérdidas corporales o enfermedades limitadoras, pérdida de capacidades corporales, cognitivas, del lenguaje, profesionales, etc.
- Pérdidas materiales- de posesiones y objetos materiales con alto valor simbólico (juguetes, diarios, lugares, especiales, etc), de objetos tesoro.
- Pérdidas evolutivas- en cada transición psicosocial importante.

Cabe mencionar que ante una pérdida importante, suelen aparecer pérdidas secundarias, por ejemplo ante la pérdida de una parte del cuerpo se desencadena la pérdida de la autoestima, de planes, metas y sueños a futuro. (Ashton y Ashton, 1996).

En el presente capítulo se enfatizará la pérdida de un ser querido y la pérdida física en la infancia, debido a una enfermedad crónica; ya que en el caso a presentar se observan dichas pérdidas, además de la deprivación materna, de la cual ya se habló anteriormente.

2.2 PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

Bowlby (1993) menciona que la pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar. Y no sólo resulta penoso sufrirla sino también ser testigo de ella, aunque sólo sea por la impotencia de brindar ayuda. También refiere que para los que han perdido a un ser querido, sólo el regreso de la persona amada puede significar un verdadero consuelo y sienten casi como un insulto todo lo que se les pueda ofrecer. Dicho autor deja ver que se tiende a subestimar hasta qué punto la experiencia puede ser angustiada e incapacitante y cuanto tiempo suele persistir la aflicción y a menudo también la incapacitación. Por otra parte, se tiende a suponer que una persona sana y normal puede y debe superar una pérdida de este tipo, no sólo con rapidez sino también por completo.

Como se mencionó anteriormente, enfrentarse a la pérdida no sólo significa “decir adiós” a un ser querido, sino también hacer frente a otras pérdidas no tangibles que rodean esa muerte y que, a menudo, son más difíciles de manejar para el menor, como la pérdida de esperanza, la pérdida de confianza en el futuro, la pérdida de su sentimiento de seguridad y de control, la pérdida de estabilidad y apoyo, etc. (Vicente, 2009).

Aunque anteriormente se subestimaba la reacción de los niños en cuanto a la pérdida de un ser querido, ahora se ha observado que es una creencia falsa pensar que los niños no entienden o “no se dan cuenta de lo que sucede” tras el fallecimiento de un ser querido. La capacidad que tienen los niños para saber que ha sucedido algo “importante” a su alrededor, que “preocupa a los adultos”, es mayor de lo que pensamos, además, desde pequeños están expuestos a la realidad de la muerte a través de los cuentos, de los juegos, de las noticias que aparecen en televisión, de la música, etc., por lo que los niños generan una idea sobre la muerte, sufren ante las pérdidas y son capaces de elaborar su duelo, aunque sea necesario guiarles en este proceso. Ante la experiencia de la pérdida, es habitual que los niños se pregunten si pudieron haber hecho algo por evitarlo, si les sucederá algo malo a ellos también o se preocupen por quién se encargará ahora de su cuidado y protección. (Vicente,

2009). La reacción y comprensión de los niños ante la muerte, dependerá de su edad, entre otros factores, más adelante se hace la distinción por edades, los niños desde pequeños reaccionan a la muerte de un ser querido pero eso no significa que desde muy pequeños comprendan el concepto de muerte.

Cabe señalar que el fallecimiento de alguien significativo en la infancia puede ser una de las experiencias más dolorosas que se pueden experimentar en la infancia, colocando a los menores en una situación de vulnerabilidad y sufrimiento.

Debido a lo antes mencionado es importante conocer mejor la forma en que los niños y adolescentes se enfrentan a la pérdida de un ser querido, ya que esto nos permitirá responder de manera adecuada a sus necesidades para evitar problemas que puedan influir de manera negativa en su desarrollo posterior. Ante la realidad de la pérdida, también debemos ser conscientes de que los niños presentan necesidades concretas y por tanto más, si la persona que han perdido era importante y querida para ellos, atender esas necesidades supone brindarles la oportunidad de superar el proceso de una manera sana y normalizada, así como contribuir positivamente a su desarrollo personal, y evitar complicaciones del proceso que pueden dar lugar a alteraciones psicológicas más graves que pueden manifestarse incluso años después de la muerte del ser querido. (Vicente, 2009). Más adelante se procederá a hablar de las reacciones y necesidades de los niños ante la experiencia de pérdida de un ser querido, no sin antes ahondar en la muerte de alguno de los progenitores, durante la infancia.

2..2.1 Muerte de alguno de los progenitores

En la infancia, la muerte de uno de los progenitores es considerado el suceso más traumático que un niño puede experimentar al ser los padres quienes dan soporte físico y emocional (Vicente, 2009; Worden, 1996), además implica no sólo un duelo, sino una serie de duelos imbricados. Si tenemos en cuenta la importancia de la trama afectiva y de la díada primigenia para el desarrollo de la integración psicobiológica y psicosocial del niño, es fácil entender esa observación y también, que se den ciertas características diferenciales según el género del progenitor muerto o desaparecido. Las graves repercusiones sobre el mundo interno de los duelos por objetos de vinculación en la infancia y en la infancia temprana, conlleva el que, frecuentemente, los niños un poco mayores (segunda infancia y pubertad) puedan manifestar síntomas suficientes como para calificar su estado de trastorno por estrés postraumático. (Tizón, 2004). Otros autores como Bowlby (1993) hablan de trastornos neuróticos o psicóticos relacionados con la pérdida de uno de los progenitores, Worden (1996) refiere consecuencias a largo plazo como: depresión, ataques de pánico, psicosis, trastorno de ansiedad generalizada, suicidio y desórdenes de conducta, cabe mencionar que esto dependerá de múltiples factores de los cuales se hablará más adelante.

Dyregrov (1991, 2008) contribuye al tema, dejando ver que los niños pueden llegar a desarrollar fantasías acerca del regreso del progenitor muerto, son recurrentes las fantasías de reunión y deseos de morir para reencontrarse con éste. Según el autor antes mencionado y Worden (1996) no es sólo la pérdida del progenitor lo que influye en los problemas psicológicos que el niño puede presentar, sino también las consecuencias de la pérdida en la familia, p.e mayor presión en el padre sobreviviente, menor disponibilidad física y emocional del padre sobreviviente, menor comunicación o distanciamiento entre los integrantes de la familia, dificultades económicas y otros eventos negativos. En cuanto a la depresión y suicidio infantil se ha investigado que pueden presentarse con mayor probabilidad si la muerte fue repentina o si el niño pierde una figura afectiva significativa (Dyregrov, 1991,2008). Adam et al (1982, en Dyregrov 1991, 2008) ha mostrado que más de la mitad de niños que han perdido a un progenitor antes de los 16 años, tiende a presentar pensamientos suicidas, Weller (1991 en Dyregrov 2008) demostró que aunque un 61% presenta pensamientos suicidas, ninguno lo comete.

En cuanto al padre sobreviviente se observa que éste puede llegar a deprimirse por la pérdida de la pareja, resultando así una reducción en su capacidad parental, se ha encontrado que la depresión, especialmente en la madre, tiene una influencia en la capacidad de cuidado. En ocasiones los hijos sienten la presión de hacerse los fuertes para sostener u apoyar al padre sobreviviente. (Dyregrov, 2008; Worden, 1996). El padre sobreviviente se ve sometido a un desafío, pues no solo lidia con sus propias reacciones ante la muerte sino que debe responder a las necesidades de su hijo, dentro de estas se encuentran el apoyo, la crianza y la continuidad. El niño percibe apoyo cuando el padre puede funcionar como un maestro o como un guía al hablar acerca de sus sentimientos y conductas después de la muerte. Dentro de la crianza se requiere no solo proveer de alimento y vestido, sino escucharlo e informarlo. En cuanto a la continuidad, el niño necesita sentir que la familia continuará, con una conexión entre el pasado y el futuro (Worden, 1996).

Otro aspecto que dificulta es el proceso de duelo cuando el niño tiende a idealizar al padre muerto, ya que esto obstaculiza la expresión de sentimientos de enojo hacia el padre muerto, por lo que éste enojo puede dirigirlo hacia otros niños. (Dyregrov 2008). Se ha visto que en el caso de la muerte del padre, algunos niños tienden a ocupar su posición, llegándose a sentir responsables de la familia. Es importante mencionar que aunque los niños que han perdido a un progenitor tienen mayor probabilidad de presentar problemas psicológicos, existen niños que presentan un adecuado desarrollo, debido a la disponibilidad del padre sobreviviente, así como el clima familiar y social (Dyregrov, 1991, 2008).

Tizón (2004) refiere que la separación con respecto a un progenitor en la infancia temprana es seguida, sucesivamente, por protesta, desesperanza y desapego. Suelen aparecer dificultades con las comidas, enuresis, estreñimiento y dificultades para dormir. En la infancia posterior, la pérdida de un progenitor normalmente da lugar a sufrimiento emocional, más o menos aparente a través de problemas de conducta.

La pérdida de la madre- o a otro nivel, del padre- supone, casi siempre, no un duelo, sino un grave conjunto de duelos. Eso hace que, ante pérdidas importantes, a los niños no les quede más remedio que olvidar recordando, por mucho que nieguen exteriormente esa realidad. En ocasiones se sienten compelidos a hacerse los fuertes y despreciar al objeto perdido: son reacciones maníacas (y, si lo hicieren, son señales de alerta de psicopatología).

Para los niños escolares y preescolares, la reubicación del objeto interno, es una larga tarea llena de sufrimientos, regresiones, retrocesos psíquicos y comportamentales más o menos duraderos. Por lo que ante la pérdida de uno de los progenitores la sustitución aunque sea simbólica (con objetos que solo sustituyen simbólica o realmente), posee un gran valor para el niño, entre otros motivos, porque en el mundo interno de los niños (y en general, de los seres humanos) los símbolos afectivos poseen un gran valor. (Tizón, 2004).

Por su parte Bowlby (1993), en cuanto a la pérdida específicamente de la madre, señala que muchos niños pequeños alejados de su familia carecen de madre sustituta que les brinde cuidados amorosos, además considera que aunque un niño goce de esos cuidados, la madre sustituta puede no darse cuenta de que el chico la considera tan solo una figura secundaria o que continúa anhelando a su madre ausente; y aún cuando la mujer reconozca estas cosas, puede muy bien no simpatizar con tales sentimientos o no alimentar su expresión, especialmente cuando hacerlo entraña llanto prolongado, momentos de irritación, de insatisfacción o estallidos de cólera. Cuidar a un niño dolorido es una tarea pesada e ingrata, de manera que no debe sorprendernos que quienes la realicen se impacienten y se irriten con frecuencia. Por eso, cuando un niño pequeño perdió a un padre suele ocurrir que se lo someta a una fuerte presión para que “olvide” su dolor y se interese en cambio en las cosas que su actual cuidadora cree pueden distraerlo.

En el caso del varón que pierde al padre, la imagen de éste es especialmente importante a la hora de aprender a modular los impulsos agresivos, de formar el concepto de autoridad, de configurar la identidad masculina y de forjar la actitud del padre futuro. La carencia de la figura paterna, tangible o simbólica, es especialmente el denominador común de muchos de los males que hoy afligen a tantos jóvenes: la desmoralización, la desesperanza hacia el futuro, la apatía y las tendencias antisociales. (Gómez, 2007).

Tizón (2007) concuerda con lo anterior al mencionar que los progenitores o sustitutos masculinos tienen gran influencia en la formación del superyó. Además refiere que la pérdida o el conflicto grave con el padre, implica siempre no sólo una reconsideración del objeto interno padre y todos los vinculados con él (normas sociales, autoridad, familia parental, etc.) en muchos de los miembros de nuestra sociedad, sino también una reubicación del objeto interno madre ya que puede pasar a ser más importante, necesario, la única fuente de cariño y seguridad o bien, según cuáles fueran los vínculos padre-madre y los vínculos padres-hijos, hay quien puede comenzar todo un esfuerzo de desinvertimiento, de separación progresiva, para protegerse de la posible repetición de diversos tipos de sentimientos dolorosos puestos en marcha por la muerte del primer progenitor (temor, celos, pena o culpa insoportables, etc.), o por los conflictos edípicos no resueltos. Todo ello quiere decir que los duelos afectan tan profundamente a nuestra estructura e integración personales porque afectan directamente lo que podríamos llamar la arquitectura del mundo interno.

Muerte del padre por suicidio

Como se ha mencionado anteriormente la muerte de uno de los progenitores, resulta ser una experiencia traumática para el infante y si a ésta se le suma que fue debida al suicidio, resulta aún más agravante; pues considero que además de la pérdida, viene consigo la percepción de no haber sido “suficiente” para motivar al padre a vivir.

Worden (1996) señala que cuando la muerte ocurre sin esperarlo o repentinamente, la reacción puede ser de shock, confusión o incredulidad. Coincidiendo con lo anterior Vicente (2009) refiere mayor vulnerabilidad en los niños y adolescentes cuando la muerte se produce de una manera repentina. El autor deja ver que en el caso del suicidio hay que tener en cuenta que el menor debe afrontar el hecho de que el ser querido haya elegido o querido morir y de esta manera “abandonarle”, lo que puede dar lugar a importantes sentimientos de baja autoestima, culpa y responsabilidad: planteándose cuestiones como “¿podría haberle salvado?”, “¿hice algo que provocara que quisiera morirse?”, etc. Así mismo, pueden aparecer preocupaciones erróneas sobre la posibilidad de que ellos también se suiciden cuando sean mayores (miedo a reproducir la conducta de los padres), y este final puede impedirles reconocer y recordar los buenos momentos vividos junto al ser querido. Por otro lado, el estigma social asociado al suicidio y a la enfermedad mental (de la que se deriva en muchas ocasiones), hace que a los niños les resulte especialmente difícil explicar a los demás y entender esta situación.

Bowlby (1993) describe que las muertes de los padres por suicidio pueden generar dificultades en el desarrollo de los niños, llegando a padecer ciertas patologías, hace referencia a un estudio de Cain y Fast en la Universidad de Michigan, donde observaron que la mayoría de los niños que habían perdido a un padre por suicidio presentaban perturbaciones psiquiátricas. Aproximadamente un 60% de los hijos entraba en uno de estos dos grupos principales: A) niños tristes, abrumados por sentimientos de culpa, retraídos, temerosos e inhibidos; b) niños iracundos truculentos, desafiantes y de conducta agresiva y mal organizada. La gravedad de la psicopatología observada variaba ampliamente desde trastornos neuróticos relativamente leves hasta serias psicosis. El porcentaje de la psicosis, donde de cuarenta y cinco niños, eran excepcionalmente elevados si se le comparaba con niños de otros antecedentes. Con razón o sin ella, los autores atribuyen este alto porcentaje a la combinación del impacto del suicidio con su cadena de consecuencias con las circunstancias de la familia anteriores al suicidio, circunstancias que, como en los casos expuestos por los autores Sherherd y Barraclough (en Bowlby, 1993), eran frecuentemente de gran perturbación. Además de comprobar la alta proporción de psicopatología grave en esta serie de casos, a Cain y Fast (en Bowlby, 1993) les llama la atención el importante papel que desempeña en la sintomatología de los hijos el hecho de haber estado expuestos a dos tipos especiales de situaciones patógenas: situaciones en que es probable que se engendre un intenso sentimiento de culpabilidad y situaciones en que las comunicaciones están gravemente deformadas. El segundo tipo de situación patógena que prevalecía en la series de familias estudiadas implicaba una comunicación extremadamente deformada, en casi todos los casos el padre sobreviviente no sólo evitaba hablar con sus hijos sobre lo ocurrido sino que prohibía que se discutiera el tema, algunos habían rezado para que los hijos no hicieran preguntas. Otros se ponían furiosos cuando los clínicos aludían al tema. Algunos, cuando sus hijos les hacían preguntas, fingían no oírlos. Pero la mayor parte de esos hijos comprendieron muy pronto que aquel era un tema prohibido, de manera que posteriormente el padre podría afirmar con honestidad y con alivio que “nunca me hicieron preguntas”. Estos autores también refieren el fuerte impulso a suicidarse que muestran algunos de estos niños, se invoca al concepto de identificación cuando se intenta comprender estos casos. Otro enfoque a explorar, es el del impulso a imitar al padre que experimentan estas personas, surge de un anhelo a seguir literalmente al padre muerto al lugar en que se encuentra para luego hallarlo. Esta sugestión se ve apoyada por la manera en que se expresó un hombre antes de suicidarse: todavía no había cumplido treinta años y dijo que seguiría a su padre al agua. Ulteriormente se dio muerte habiendo dejado una nota simple que nada revelaba en cuanto al suicidio.

Hung y Rabin (2009) refieren que el curso del duelo puede ser particularmente sensible a un número de factores complicados cómo el desarrollo de tareas, ánimo del padre sobreviviente y sus habilidades de cuidado, así también a la influencia del estigma y ambiente familiar, incluyendo la manera de comunicar sobre la muerte por suicidio. Dichos autores mencionan que aunque la muerte por suicidio de alguno de los padres durante la

infancia o adolescencia se ha vinculado con varias secuelas psicopatológicas en los niños, el padre sobreviviente puede determinar las consecuencias del evento, así también factores estresores y la habilidad de la familia para afrontar y reconocer. Recalcan el rol del padre sobreviviente de construir en la memoria del niño aquello relacionado con el fallecimiento de su padre y hablar acerca del suicidio. Los padres sobrevivientes que presentan ambivalencia ante el fallecimiento pueden impactar de forma negativa en la construcción del niño acerca de la muerte del padre por suicidio y/o promover una concepción negativa del padre. Cabe mencionar que la estigmatización tiene una enorme influencia en el proceso de duelo según autores como Feigelman, Gorman y Jordan (2009).

Cerel et al (1999 en Dyregrov, 1991, 2008) concluye que los niños de padres muertos por suicidio presentan mayor conflicto que los niños que han perdido a sus padres por otra causa. Algunos niños tienden a recrear lo sucedido en el juego, las reacciones de la familia ante esto, pueden ser de miedo al pensar que el niño puede llegar a suicidarse, cabe señalar que con dichos juegos o preguntas el niño busca tener un control sobre lo que ha sucedido. Como se mencionó anteriormente en muchas ocasiones la familia trata de ocultar cómo se suicidó el padre, considerando que puede afectar brutalmente al niño, sin embargo la experiencia indica que los niños saben y entienden más de lo que ellos admiten a los adultos. Frecuentemente éste conocimiento lo adquieren a través de hablar con amigos cercanos a la familia o escuchando a familiares hablar sobre el tema. Explicaciones incorrectas o inadecuadas pueden incrementar el auto reproche, en el niño. A los niños se les puede explicar que el padre se suicida debido a una enfermedad que le hace pensar que debe morir o que no puede hacerse cargo de su vida, dicha enfermedad puede ser llamada depresión y lleva a tener pensamientos “negros”- se pueden utilizar colores. La mejor manera de definir suicidio a un niño es decirle “suicidio es cuando alguien decide que su cuerpo deje de funcionar”, es importante evitar detalles escabrosos. En estos casos es particularmente aconsejable traer a la memoria y repasar con el niño los recuerdos positivos relacionados con el ser querido así como estar atentos a sus reacciones emocionales e interpretaciones de lo sucedido. Conviene también, dejar claro y enfatizar que el suicidio es una equivocación porque “siempre hay otras maneras de salir adelante, aunque el ser querido no se diera cuenta” (Dyregrov , 1991, 2008, Vicente, 2009).

2.2.2 Concepción de la muerte en los niños

Los niños y adolescentes tienen una manera peculiar de reaccionar ante la pérdida que, a veces puede resultar confusa; pero para entender dichas reacciones debemos comprender primero como conceptualizan la muerte a lo largo de las diferentes etapas de su vida. (Vicente, 2009).

Tizón (2004) refiere que el tema es importante para hacer una idea de lo que el niño comprende y puede llegar a comprender acerca de lo que ha pasado con su familiar allegado difunto, pero, sobre todo, para saber en qué términos podemos dirigirnos a él sin transmitirle mensajes incomprensibles, mensajes fuera de sus capacidades cognitivas y emocionales o mensajes excesivamente simples, que le dejan en una mayor confusión y contribuyen a aumentar las angustias y dificultades de elaboración del infante. En tal sentido, dar a un niño de cuatro u ocho años como única explicación que mamá se ha ido al cielo, puede complicar la evolución del duelo, más que simplificarlo. Si se ha ido al cielo ¿Cuándo y cómo volverá?. De igual manera, si se le dice que se ha perdido una persona o ser querido puede reaccionar espontáneamente buscándolo.

Vicente (2009) menciona que la comprensión global y adulta de lo que significa la muerte o estar muerto no se establece una sola vez, sino que se va forjando a lo largo del desarrollo a través de la superación de determinadas creencias erróneas presentes en las etapas iniciales, y que son:

- Creer que los muertos pueden regresar al mundo de los vivos
- Creer que los muertos tienen las mismas sensaciones que los vivos y necesitan comer, dormir, abrigarse, etc.
- Creer que las personas pueden morir a causa de nuestros deseos o por culpa de nuestro mal comportamiento.
- Creer que la muerte solo afecta a los demás y no a uno mismo

De esta manera, la idea que los niños tienen acerca de la muerte, está relacionada con su edad y su grado de maduración. Tizón (2004) agrega que lo que piensan los niños dependerá de sus experiencias vitales, de las experiencias vitales de la familia, de lo que los niños oyen y sienten a su alrededor, de su capacidad de conceptualizar (de realizar operaciones formales). Así también de la manera de comportarse de los adultos cercanos o sus creencias religiosas o culturales entre otros. (Vicente, 2009).

A continuación se presenta la conceptualización de la muerte a diferentes edades:

- Desde el nacimiento hasta los dos años de edad

Para los niños de meses y de pocos años, la muerte es, sobre todo una palabra; una palabra que revivirán según las emociones que la familia les transmita en sus vivencias familiares. El “objeto interno” comienza a formarse desde los pocos meses de edad, pero es sobre todo un “objeto interno”, una representación emocional e inconsciente que tiene que ver con la separatividad, la separación, las angustias ante la separación, todas esas vivencias con las cuáles el niño y su madre intentan familiarizarse a través de juegos. Salvo excepciones (niños súper dotados, niños que han tenido que soportar muertes familiares muy próximas, inquietantes o

emocionalmente “invasivas”) los infantes de las investigaciones de Anthony, parecían ignorar, por sus respuestas, el significado del vocablo muerte, al menos hasta los cinco años. En ocasiones, tenían un claro interés por él, pero con una concepción o conceptualización muy limitada o errónea de lo que es la muerte: por ejemplo, la muerte como dormir/ sueño/ un sueño especial/ estar con los ojos cerrados/ no escuchar. Ya en esa investigación se puso de manifiesto que la edad clave para la conceptualización de la muerte es la que va desde los siete a los ocho años, todos los niños normales pueden tener una definición de la muerte según sus fenómenos asociados (insensibilidad, no respiración, otros aspectos orgánicos, irreversibilidad) o tan solo referida al género humano. Son concepciones parciales, pero que incluyen ya la imposibilidad de comunicarse con el muerto y la irreversibilidad de la muerte. Para Hanus y Sourkes una adquisición suficientemente formalizada del concepto, en correspondencia con el objeto interno muerte, más emocional e inconsciente, se alcanza alrededor de los 9 años, edad en que la muerte ya se representa con insensibilidad, irreversibilidad y universalidad, aunque las vivencias propias y de la familia modulan el impacto de la angustia ante la muerte. (en Tizón, 2004)

Vicente (2009) menciona que a pesar de que los niños pequeños no entienden el significado de la muerte, reaccionan con ansiedad ante la ausencia o separación de sus seres queridos. Así mismo son sensibles al estrés que perciben en el ambiente o a los cambios bruscos en su entorno y rutina diaria que, a veces, trae consigo la muerte de un familiar, especialmente la pérdida de la madre, en los primeros meses de vida que puede hacer que los bebés muestren una conducta apática, callada y que no respondan a las sonrisas. Otros bebés pueden manifestar un aumento de su actividad motora e irritabilidad, así como dificultades de sueño y pérdida de peso. En torno a los dos años, el niño puede empezar a mostrar una ligera comprensión de la pérdida, generándose cierta frustración y confusión. El dolor de la separación puede ser muy intenso, manifestándose a través de protestas constantes, llamadas de atención y dificultades para dormir. También es frecuente que demanden más contacto físico y que rechacen la separación de sus figuras de referencia. En esta etapa es importante mantener las rutinas diarias y evitar, en la medida de lo posible, la separación de sus figuras de apoyo principales. También necesitan, sobre todo los bebés, consistencia en sus cuidados, así como demostraciones de cariño y protección. Gómez (2007) considera que para un niño pequeño la muerte equivale a “partir”.

- De los 3 a los 5 años

Los niños a esta edad no logran comprender que la muerte es para siempre; están interesados, sobre todo, por saber ¿qué pasa con la muerte?, ¿qué se siente?, ¿qué viene después?, ¿qué siente el muerto?, ¿quién le dará de comer al muerto en el cielo?. Están construyendo la noción fenomenológica de la muerte, con su elemento característico de la insensibilidad después de la muerte. Sin embargo, la mayoría siguen creyendo que la muerte

es temporal y reversible, no real. Por eso, aunque se les explique que el ser querido no va a estar más con ellos, pasados unos días podrán volver a preguntar por su ausencia, pensando que puede regresar en cualquier momento, esto se debe a que conciben el tiempo de algún modo circular, p.e uno es pequeño, después crece y posteriormente se vuelve a hacer pequeño, con respecto a la muerte piensan que uno vive, uno muere y después vuelve a vivir. Así mismo creen que los muertos pueden sentir igual que los vivos; no logran entender explicaciones abstractas o metafóricas debido a que aún presentan un pensamiento concreto. En esta etapa, algunos niños confunden la muerte con dormir o con irse de viaje, sobre todo si han recibido de parte de los adultos explicaciones como “el abuelo está dormido y no se va a despertar” o “papá se ha ido a hacer un viaje muy largo”. De ahí que muestren rechazo a irse a la cama o dificultades de sueño como pesadillas o terrores nocturnos, o que piensen que los que se van de viaje nunca regresan y no quieran separarse de sus figuras de apoyo, el temor de la muerte suele ir unido al temor de la separación. Por este motivo es importante ser cuidadoso con las explicaciones que se les proporciona respecto a la muerte. El pensamiento mágico y egocentrismo forma parte de su realidad, tienden a pensar que su conducta, sus pensamientos y sus deseos son la causa de las cosas que les ocurren a ellos o a los que les rodean. Ante la pérdida tratan de entender qué papel jugaron en lo ocurrido atribuyéndose la responsabilidad de los hechos, lo que les puede generar graves sentimientos de culpa. La muerte del allegado tiende a vivirse como un castigo por las propias maldades, reales o fantaseadas, o bien como el cumplimiento de un deseo inducido en el niño por la ira o por el odio, perspectiva que ciertas prácticas animistas mantienen casi exactamente entre adultos actuales. No ven la muerte, por lo tanto, como algo inherente a la vida o al curso de los acontecimientos, sino que la relacionan con hechos de violencia o accidentes. Otra idea errónea que suele ser necesario combatir es la de que la muerte o las enfermedades terminales son contagiosas, noción que va acompañada de la perspectiva, sumamente angustiada, de que sus padres, o incluso ellos mismos, también pueden morir. La ansiedad y miedo que experimentan tras la pérdida hacen que vuelvan a manifestar conductas que ya habían superado, como mojar la cama, tener rabietas, chuparse el dedo, es común que jueguen a hacerse el muerto o escenifiquen situaciones relacionadas con la pérdida. Entre los 4 y 6 años, los niños desarrollan una comprensión biológica de la vida más que psicológica. (Vicente, 2009; Tizón, 2004, Dyregrov, 1991, 2008; Gómez, 2007).

- De los 6 a los 10 años

Los niños de 6 a 10 años, con diversos niveles y ritmos de conceptualización, se acercan al concepto de muerte, específicamente en su mundo interno alrededor de los 8-9 años, cuando sus capacidades para las operaciones formales están madurando rápidamente. Con frecuencia crean fantasías, adecuadas para su edad, sobre la vida después de la muerte, son más conscientes de una muerte próxima de lo que se imaginan los adultos. La muerte se va haciendo para ellos algo real (no es un juego, ni una dramatización, ni algo evitable), con las

correspondientes nociones de insensibilidad e irreversibilidad después de la muerte. Avanzan de forma importante sus capacidades para aprehender el cúmulo de fenómenos principales y secundarios, que la muerte implica. Por ejemplo, de las diferencias biológicas entre el vivir y el no vivir: el cuerpo se queda frío, el corazón no funciona, el familiar muerto nunca volverá a acompañarnos al colegio, a hacernos la comida, a besarnos, hablarnos, etc. Aún le es difícil comprender la universalidad de la muerte, sobre todo el hecho de que ellos también van a morir, al igual que sus padres, hermanos, familiares (Tizón 2004, Dyregrov, 1991, 2008; Gómez, 2007)

Vicente (2009) refiere que en torno a los 6 años personifican la muerte con un esqueleto, un fantasma o una especie de monstruo que puede venir en cualquier momento a hacerles daño y a llevarles lejos de casa. Al comprender que la muerte es para siempre y que la persona fallecida no regresará nunca más, llegan a presentar sentimientos de rabia y una profunda sensación de abandono. Suelen manifestar ira hacia la persona fallecida por haberles dejado solos, o también hacia aquellas personas del entorno que no han sido capaces de evitar la muerte. Algunos niños pueden manifestar temor al ir al colegio, dificultades de aprendizaje y conductas agresivas. Otros niños pueden mostrarse retraídos o sumamente apegados y dependientes de los adultos. También son comunes las quejas físicas y conductas regresivas. En esta etapa el niño necesita información realista y clara sobre lo sucedido. También es aconsejable que se le incluya o se le ofrezca la oportunidad de participar en los rituales de despedida (sin obligarle a hacerlo si no quiere). Por otro lado, si se informa a los profesores de la situación en que se encuentra el niño, se le podrá proporcionar un apoyo adicional en el contexto escolar.

De los 6 a los 10 años se requieren explicaciones concretas en torno a los rituales, lápida, etc. Comprenden la muerte como resultado de causas externas, como accidentes, violencia, enfermedad. Aún pueden presentarse componentes mágicos como asumir que la persona muerta puede verlos o escucharlos, por lo que buscan complacer a la persona muerta. (Dyregrov, 1991, 2008)

- De los 11 a los 13 años

Los púberes de 11 a 13 años ya han adquirido la comprensión de universalidad, ahora son conscientes que la muerte es irreversible y afecta a todo el mundo, esto aumenta sus ansiedades hipocondríacas ante el crecimiento y los cambios corporales (con su inevitable correlato de molestias, dolores y conflictos). A esta edad ya se comprenden bien las diferencias entre justicia e injusticia, vivir y no vivir, y los chicos y chicas están sumamente interesados por los aspectos biológicos de la enfermedad y por detalles, vivencias y conversaciones del funeral y las exequias., comprenden las relaciones causa-efecto, por lo que es normal que se planteen las

consecuencias que la muerte supondrá en sus vidas. A esta edad empiezan a desarrollar su propia identidad y su grupo de amigos comienza a cobrar especial importancia. Temen que la muerte del ser querido les haga parecer “diferentes” delante de su grupo de amigos, y algunos menores ocultan sus verdaderas emociones para no sentirse vulnerables o débiles. Además, son comunes las expresiones de ira o enfado, así como la preocupación por su propia mortalidad. Para facilitar la identificación de sus emociones puede resultarles de utilidad que hablemos de nuestros propios sentimientos acerca de la pérdida y que nos mostremos abiertos a tratar el tema de la muerte y solventar sus dudas. En la medida en que el niño quiera participar, es aconsejable incluirlo en los rituales de despedida. (Vicente, 2009 y Tizón, 2004, Dyregrov, 1991, 2008)

- De los 13 años en adelante

Los adolescentes adquieren las capacidades para el pensamiento formal y abstracto, por lo que el concepto de muerte suele acabarse de formar (considerando elementos biológicos, psicológicos y sociales). Siguen mostrando una gran curiosidad hacia lo que ocurre después de la muerte y les gusta hablar de fantasmas, personas que se han aparecido y del mas allá. Sin embargo, la muerte es algo que les confronta y les asusta, sobre todo, porque cuestiona su sensación de invulnerabilidad. En esta etapa, suelen rechazar el apoyo que se les ofrece y tienden a mostrarse reacios a participar en los rituales de los adultos. Sienten que nadie les puede comprender y su sensación de soledad puede ser muy profunda. La ira suele ser una respuesta frecuente a su sentimiento de frustración por no poder cambiar la realidad. La pérdida de un amigo o miembro de la familia puede incitar, principalmente en los adolescentes, a involucrarse en actividades de riesgo o tomar decisiones impulsivas. El enfado del adolescente ante la pérdida puede ir aumentando a lo largo del proceso de duelo, por lo que hay que estar preparados para tolerar ciertas expresiones de ira. (Vicente, 2009 y Tizón, 2004).

Una vez revisado la concepción de muerte en los niños, se mencionarán las reacciones que los niños suelen tener ante la pérdida.

2.2.3 Reacciones ante la pérdida

Al perder un ser querido surge la necesidad de expresar ciertos sentimientos como: el horror ante la perspectiva de la soledad, una ira inmoderada, un impotente llanto, el horror ante la perspectiva de la soledad, una lastimosa petición de comprensión llanto y apoyo. O es raro, pues que estos sentimientos queden muchas veces inéditos y que más tarde permanezcan inconscientes (Bowlby, 1986). En cuanto a la pérdida, específicamente en la infancia, Bowlby (1993) menciona que ante la noticia de la pérdida la respuesta inicial de algunos niños suele ser un colapso de llanto. La tendencia a derramar lágrimas aparece en el inicio, ésta aumenta con la edad. En

niños de menos de cinco años esta tendencia se manifiesta poco; en niños de más de diez años a menudo es prolongada.

Tras la experimentación de un suceso doloroso, como es la muerte de una persona significativa, algunos niños se muestran aparentemente indiferentes, otros se vuelven muy activos, otros se comportan como si fueran más pequeños. Estas reacciones que se dan en los niños y adolescentes deben ser atendidas oportunamente por el entorno cercano. Por el contrario, si se piensa que los niños “no sienten” o “no entienden” o que “no deben saber para no sufrir”, se comete un grave error al dejarlos expuestos a sus sufrimientos y temores sin el adecuado apoyo y protección. (Vicente, 2009).

En cuanto a las reacciones más comunes del duelo en niños se han encontrado (Tizón, 2004):

- Afectivas - Triste y desapegado, se muestra irritable y malhumorado, sentimientos de indignidad, autoestima disminuida.
- Quejas somáticas - Dificultades para dormir, pérdida de apetito, molestias y quejas gástricas o abdominales, quejas de dolores de cabeza.
- Otros problemas emocionales - Retraimiento excesivo, hiperactividad, trastornos por estrés postraumático, trastornos de conducta, trastornos por ansiedad excesiva.
- Alteraciones de la adaptación social y educativa - En general, más propensión a dificultades de concentración, problemas escolares, quejas de falta de memoria.
- Otras manifestaciones equivalentes a los adultos - Depresión, distimia, otros trastornos psicopatológicos.

Vicente, (2009) agrega como reacciones emocionales frecuentes: las conductas regresivas y cambios en su comportamiento y juego. Worden (1996) señala cuatro reacciones frecuentes en los niños: tristeza, ansiedad, culpa y enojo, refiere a las enfermedades u accidentes como una forma de auto castigo cuando los niños se llegan a sentir culpables, puede verse afectada su auto percepción, auto eficacia y autoestima.

Por su parte Dyregrov (1991, 2008) coloca como reacciones más comunes e inmediatas: *Conmoción e incredulidad*, expresada cuando el niño dice “no es verdad “no te creo”, puede ser que no reaccionen con sentimientos intensos, o no expresen algún sentimiento de dolor, esto puede deberse a una reacción de shock normal. *Consternación y protesta*, algunos niños pueden llegar a llorar durante 20 minutos. *La apatía y sorpresa*, los niños preguntan con asombro ¿por qué no está papi aquí? Otras reacciones comunes que refiere dicho autor y coinciden con las antes mencionadas son: la ansiedad, recuerdos vivos de la persona muerta,

dificultades para dormir, enojo y conductas acting out, culpa, auto reproche y vergüenza, problemas escolares, conductas regresivas, retraimiento, fantasías, cambios de personalidad, pesimismo acerca del futuro.

Aunque se han encontrado reacciones comunes, es importante recordar que cada niño es único y tiene una manera peculiar de reaccionar ante la pérdida, dependiendo de sus aprendizajes previos, soporte del entorno, de las causas asociadas al fallecimiento, de su grado de maduración personal, etc., por lo que no existe un único proceso “correcto” de duelo, ni tampoco un plazo de tiempo limitado para superar la pérdida. (Vicente, 2009; Pearlman, Schwalbe y Cloitre, 2010).

Vicente (2009) al analizar a detalle las respuestas que son frecuentes encontrar en niños y adolescentes tras la experimentación de una pérdida, considero necesario tener en cuenta tres aspectos:

- 1.- Cada niño o adolescente responde al duelo de manera individualizada y personal. Así, unos menores pueden mostrarse indiferentes o ensimismados, otros pueden aumentar su nivel de actividad, otros manifiestan rabia, etc. No existe una única manera de expresar el dolor, sino que todas las reacciones son “normales”
- 2.- Los niños suelen mostrar su dolor en periodos breves y ocasionales a lo largo del día. A diferencia de los adultos, los niños no experimentan un duelo continuo e intenso, debido a que la experiencia de una pérdida es tan dolorosa y difícil de comprender que supera su capacidad de asimilación. Por eso, es normal que pasen rápidamente del llanto a la distracción. Aunque este comportamiento variable puede interpretarse como indiferencia o superación del dolor, en realidad, su duelo es tan intenso como el de cualquier otro miembro de la familia y su proceso de elaboración de la pérdida les requiere mucho más tiempo.
- 3.- Debido a su capacidad limitada para reconocer sus propias emociones y describirlas verbalmente, la respuesta más visible de su proceso de duelo va a manifestarse a través de cambios en su comportamiento (irritabilidad y conductas agresivas). De hecho, los niños más pequeños muestran sus sentimientos de una manera indirecta, a través de rabietas frecuentes o de quejas físicas, como dolores de cabeza o malestar de estómago.

La reacción de los niños va a ser influida por múltiples factores, tanto individuales (edad, sexo, nivel de desarrollo, capacidad cognitiva, personalidad, grado de maduración emocional y experiencias personales) como ambientales o situacionales. Un factor que va a determinar en gran medida la reacción es la relación que mantenía con la persona fallecida, de tal manera que la intensidad de su respuesta va a ser proporcional al grado de cercanía que tenía con el ser querido. Otros factores también pueden afectar el desarrollo del duelo, como puede ser la causa del fallecimiento, es decir, si la muerte fue natural (producto de una larga enfermedad o del envejecimiento) o repentina (accidente de tráfico, ataque al corazón, etc) siendo esta última más difícil de

asimilar que la primera. También es importante considerar determinadas situaciones de riesgo especial, como la experiencia de múltiples pérdidas, esto es, otras pérdidas asociadas o concomitantes al fallecimiento a las que tenga que hacer frente el niño, como el divorcio de los padres, un cambio de domicilio o centro escolar, otros fallecimientos recientes, etc. (Vicente, 2009).

Uno de los factores más importantes que va a influir en el manejo de la situación de duelo, tanto en niños como en adolescentes es el apoyo social percibido, (Vicente, 2009) así como la dinámica familiar; de esta forma en buena parte, las respuestas de y reacciones de duelo de los niños, vienen mediadas por las respuestas de sus padres. (Tizón, 2004). En cuanto a la dinámica familiar algunos patrones de comunicación familiar, como una actitud por parte de los progenitores que rehúya tratar el tema de la muerte o hablar de lo sucedido, pueden contribuir al aislamiento del niño o adolescente y a la complicación de su proceso de duelo. (Vicente, 2009)

A continuación se muestran algunas reacciones ante la pérdida, según la edad: (Vicente, 2009; Rogers, 2007; Gómez, 2007; Pearlman, Schwalbe y Cloitre, 2010).

- Hasta los dos años

Agitación, irritabilidad, confusión, ansiedad de separación. Disminución de la actividad, retraimiento, desinterés. Dificultades en el sueño. Pérdida del apetito y de peso. Miedo a estar solo, demanda mayor contacto físico. Aunque ellos no pueden entender la muerte, reaccionan ante ésta y ante los cambios en la familia y el clima emocional. Los niños menores de dos años que tienen una gran dependencia de sus padres, buscarán permanentemente al progenitor desaparecido y al no encontrarlo pueden caer en un estado depresivo.

- De 3 a 5 años

Conductas más infantiles: mojar la cama, chuparse el dedo, etc. Los niños verbales tienden a preguntar repetitivamente donde se encuentra el ser querido. Comportamiento variable: pasa de la aflicción al juego rápidamente. Dificultades de sueño. Problemas de alimentación. Miedo a ser abandonado. Rabietas y problemas de conducta. Culpa.

- De 6 a 9 años

Entre los 5 y 7 años suelen aparecer signos de negación más patentes que en edades anteriores. En esta edad es fácil que los niños se comporten como el progenitor del mismo sexo fallecido y ello en no pocas veces es potenciado por el entorno. De los 6 a los 9 años se observa: Ansiedad, síntomas depresivos, quejas físicas: dolores de cabeza, náuseas, etc. Puede sentirse abandonado por el ser querido. Ira y agresividad. Rechazo a ir al colegio y dificultades de aprendizaje. Preocupación por la salud de otros

miembros o por la suya propia. Retraimiento y dependencia. Preguntas concretas sobre la muerte, sobre el proceso de descomposición, etc. Necesitan ayuda para expresar el enojo y no sentirse culpables por expresarlo, hacerles ver que es una conducta normal cuando se pierde a un ser querido. Deseos de reunirse con el ser querido.

- De 10 a 12 años

Preguntas sobre detalles físicos del proceso de morir y cuestiones culturales y religiosas. Ansiedad, Comportamientos agresivos. Culpa por no haber mostrado su afecto al ser querido, rabia por no poder cambiar la situación. Miedo a sentirse diferente en su propio grupo de amigos. Frecuentes sentimientos de tristeza. Cambios de humor, Dificultades de sueño. Los pares comienzan a ser importantes, por lo que hablar con otros pre-adolescentes en duelo puede ayudarles, presentan una gran necesidad de sentirse “normales”

- De 13 años en adelante

Ansiedad sobre la propia muerte. Cambios de humor. Conductas agresivas. Dificultades del sueño. Trastornos de alimentación. Retraimiento y asilamiento social. Conductas de riesgo: escaparse de casa, faltar a clase, consumir drogas o alcohol, etc. Culpa por haber sobrevivido (sobre todo cuando se trata de la muerte de un hermano o compañero de clase) Rabia y frustración. Pueden verse beneficiados de los grupos con pares en duelo para manejar el enojo, tristeza, miedo y culpa sin la desconfianza de que pueden ser juzgados o criticados. Con frecuencia se sienten vulnerables y resistentes a compartir con los adultos, porque esto magnifica sus sentimientos. Con frecuencia se imaginan como será su vida en un futuro sin el ser querido y de qué forma les afectará.

En cuanto a las reacciones cuando las condiciones (favorables o desfavorables) ante la muerte de uno de los padres, Bowlby (1993) señala que siempre y cuando las condiciones sean favorables en la pérdida, el niño pequeño es capaz de llorar a un padre desaparecido de una manera estrechamente paralela a la del duelo sano de los adultos. En principio, las condiciones necesarias no son diferentes de las condiciones favorables en el duelo de los adultos. En el caso de un niño las condiciones más significativas son: primero, que haya mantenido una relación razonablemente segura y afectuosa con sus padres antes de sufrir la pérdida; segundo que se le dé pronto información precisa sobre lo ocurrido, que se le permita hacer toda clase de preguntas, que se les contesten del modo más honesto posible y que participe en la aflicción de la familia e incluso en las ceremonias funerarias en el caso de celebrárselas; y tercero, que cuente con la consoladora presencia de su padre sobreviviente o, si esto no es posible, de un sustituto de confianza y que tenga la seguridad de que esa relación habrá de continuar. Las pruebas indican que después de la muerte de un padre el niño o el adolescente generalmente anhelan la presencia con tanta persistencia como un adulto y suele expresar ese anhelo con

franqueza a un oyente que le muestre simpatía. A veces abriga la esperanza de que su padre desaparecido vuelva; otras veces reconoce de mala gana que eso no puede ocurrir y entonces se pone triste. En ocasiones se lo observará buscando al padre perdido (aunque esto no está bien consignado en la bibliografía) o se comprobará que experimenta una sensación de la presencia de la persona muerta. En algunas circunstancias tendrá estallidos de cólera por la pérdida sufrida y en otras experimentara sentimientos de culpabilidad. No pocas veces temerá perder también al padre sobreviviente y /o al padre sustituto o que la muerte también lo reclame a él. Como resultado de la pérdida y del temor de sufrir otras pérdidas a menudo se encontrará en estado de ansiedad y a veces se empleará obstinadamente en modos de conducta difíciles de comprender si no se conocen sus motivos.

Bowlby (1993) concluye que si los adultos les muestran simpatía y los atienden y si se dan otras condiciones favorables, los niños apenas de cuatro años, según se comprueba, anhelan al padre desaparecido, abrigan la esperanza de que tal vez pueda regresar y a veces hasta lo creen y se ponen tristes y coléricos cuando se dan cuenta que eso nunca ocurrirá. Es sabido que muchos niños insisten en conservar una prenda de vestir o algún otro objeto del padre muerto y que valoran especialmente las fotografías. Lejos de olvidar, los niños, cuando se los alienta y se les presta ayuda, no tienen dificultad en recordar al padre muerto y a medida que crecen tienen mayor avidez por saber más sobre ese padre a fin de confirmar y ampliar el retrato que se han forjado, aunque quizá muestren resistencia a revisarlo y modificarlo adversamente, si llegan a enterarse de cosas desfavorables sobre su persona.

Bowlby (1993) hace mención de que cuando las condiciones son favorables, el duelo de los niños, no menos que el de los adultos se caracteriza, comúnmente por recuerdos e imágenes persistentes de la persona muerta y por repetidos accesos de anhelo y tristeza, especialmente en reuniones de familia y aniversarios o cuando una nueva relación parece marchar mal. Esta conclusión es de gran importancia práctica, especialmente cuando se espera que un niño afligido establezca una nueva relación. Lejos de ser un requisito la desaparición del recuerdo de la anterior relación para que la nueva tenga éxito, las pruebas indican que cuanto más claras y distintas se mantengan las dos relaciones tanto más probable es que prospere la nueva. Esta situación puede ser decisiva cuando se trata de una nueva figura parental, pues las inevitables comparaciones suelen resultar penosas. El niño se acomodará de manera estable a los nuevos rostros y a las nuevas maneras sólo si el padre sobreviviente y/o la nueva figura parental son sensibles a la persistente lealtad del niño a su anterior relación y a su tendencia a resentirse por cualquier cambio que parezca amenazarla.

Bowlby (1993) refiere que cuando las condiciones son desfavorables, los niños tienden a negar su tristeza en un primer momento o muestran reacciones maniacas. En cuanto a reacciones que llevan al duelo patológico, Tizón (2004) refiere que ante la muerte de un pariente muchos niños reaccionan con un aumento de la actividad. Si esa pauta persistente y se exagera, puede suponer una vía para que se organicen trastornos psicopatológicos como los trastornos de conducta infantiles, la hiperactividad, los trastornos por déficit de atención, etc. Las pseudo alucinaciones y las ilusiones perceptivas a propósito de la persona muerta, que son relativamente frecuentes en la vida adulta, pueden ser experimentadas también por los niños, con la diferencia añadida de que pueden tomarlas o interpretarlas como señales de que los padres van a volver. Si la identificación proyectiva en el muerto es masiva, por parte del niño o por parte de sus cuidadores, esas percepciones anómalas pueden dar lugar a intensas ansiedades persecutorias: son las almas, los muertos vivientes, los espíritus del muerto del conjunto de los muertos quienes nos persiguen. Se hablará a mayor profundidad sobre el duelo patológico en el próximo capítulo. Por lo pronto se considera de suma importancia mencionar las necesidades de los menores ante la pérdida, con lo cual se podría evitar que los niños lleguen a presentar mayores dificultades en el duelo.

2.2.4 Necesidades de los menores ante la pérdida

Vicente (2009) refiere que cuando nos preguntamos qué necesitan los niños tras la muerte de alguien significativo para ellos, la respuesta es más sencilla de lo que parece: necesitan lo mismo que los adultos. Y estas necesidades incluyen los siguientes aspectos:

- Reconocimiento e información

Vicente (2009) establece que los niños y adolescentes necesitan que se les reconozca su papel en el proceso, es decir sus emociones, su tiempo de recuperación, su necesidad de información, etc. En definitiva, que no se les excluya de lo que está ocurriendo en la familia. Para poder entender y comprender la experiencia de la pérdida, los niños necesitan saber qué ha pasado y qué cambios va a suponer en el futuro. Una explicación sincera y objetiva, basada en los hechos y proporcionada desde el cariño y la comprensión, es el primer paso para iniciar el proceso de duelo. En ocasiones los adultos prefieren ocultar información al considerar que puede resultar doloroso para el niño, tratan de protegerlos manteniéndolos al margen de las conversaciones familiares y de los rituales de despedida. Sin embargo lejos de conseguir este objetivo, la realidad es que negarse a tratar el tema de la muerte sitúa a los niños en una posición de mayor indefensión, obligándolos a buscar en sí mismos las respuestas a las preguntas que les plantea la pérdida en un momento vital en el que necesitan más que nunca el apoyo y la guía de los adultos que los rodean. Gómez (2007) refiere que cuando se le ocultan los hechos a los niños, las fantasías infantiles le dan vueltas a este problema y con frecuencia lo amplifican con temores y

angustia debido a la fuerza pasional de su imaginación, agrega que los adultos que se resisten a hablar con sus hijos sobre la muerte, quizás sientan, no sin razón, que podrían transmitirles sus propias angustias, su miedo a la muerte. La persona más indicada para comunicar el fallecimiento siempre será aquella con la que el niño tenga una relación más estrecha y cálida. Si el adulto que ocupa este papel no se siente preparado, se puede contar con la ayuda de un profesional pero, en cualquier caso, es aconsejable que siempre haya una figura de apoyo cercana al niño en el momento de la comunicación (Vicente, 2009). Es importante que la información sea clara y pueda ser comprendida por el niño, se debe tener en cuenta su habilidad con conceptos abstractos, se puede facilitar la comprensión por medio de cuentos relacionados con la muerte y pérdida de un ser querido. (Worden, 1996)

Bowlby (1993) menciona que si se dice a un niño de no más de dos años que el escarabajo ha muerto y nunca volverá a vivir y que tarde o temprano la muerte alcanza a todas las criaturas vivas, podrá mostrarse incrédulo al principio pero es probable que acepte la palabra de su padre. Si se le dice también que cuando muere un animal o una persona conocida es natural sentir tristeza y desear que retome la vida, el niño difícilmente se sorprenda, puesto que lo que se le dice está de acuerdo con su experiencia y muestra que su pena es comprendida. Cuando los padres adoptan esta actitud preparan en cierta medida el camino para ayudar a su hijo a pasar por el proceso de duelo en el caso de la muerte de un deudo íntimo, aun cuando se trate de un padre, si ocurre ese trágico suceso.

Gómez (2007) concuerda con Vicente al referir que cuando el adulto se niega a esclarecer verbalmente la muerte, traba el primer momento de la elaboración del duelo, que es la aceptación de que alguien ha desaparecido para siempre. Y no solamente en el niño, sino también en el adulto; trastorna su desarrollo y se perturba el vínculo del niño con el mundo adulto.

En cuanto a qué decir a los niños, Dyregrov (1991, 2008) recomienda que la información dicha sea directa, p.e “Tengo algo triste que decirte, un accidente ha ocurrido, se trata de tú padre, hubo una explosión en su lugar de trabajo y él resultó herido de gravedad; a pesar de que el personal de ambulancias y de la salud llegaron rápidamente y hacían todo lo posible para salvar su vida, no había nada que pudieran hacer, él murió casi instantáneamente”. Dicho autor sugiere que la información proporcionada sea correcta y si hay cierta inseguridad de cómo fueron las cosas es mejor corroborarla antes. En caso de que el niño niegue la información, significa que necesita tiempo para procesar la información, ante esto se sugiere decir “Yo comprendo que es difícil para ti entender que esto realmente ha pasado, pero lamento decirte que sí ocurrió”. Si el niño llora intensamente es importante que se le permita hacerlo y que no se trate de detenerlo. Es importante no decir que

el muerto se encuentra dormido, de viaje o usar conceptos abstractos como “el alma”, ya que requieren de explicaciones concretas, p.e “Tú hermana ha muerto, su corazón ha dejado de bombear, no volverá a respirar, su cabello dejará de crecer, y ella no volverá a sentir dolor”. Vicente (2009) recomienda que se le informe al niño sobre la muerte en un lugar privado, sin interrupciones de terceras personas; da importancia a adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del niño, así como proporcionar la información justa que sea capaz de asumir. De esta manera, no es aconsejable que se sature de información al niño pequeño o que se siga insistiendo en hablar de la pérdida cuando se observa que cambia de tema, niega lo sucedido o aparenta no haber escuchado nada, ya que puede ser un indicador de que la situación le desborda emocionalmente. En este último caso, podemos dar la información poco a poco, aunque no dilatará mucho en el tiempo: por ejemplo, primero decirle que el ser querido tuvo un accidente y se quedó muy malherido; y en otro momento después, explicarle que los médicos hicieron todo lo posible por salvarle pero no ha podido ser posible y finalmente ha muerto.

Al respecto Bowlby (1993) señala que las dos informaciones decisivas que tarde o temprano un niño necesita conocer son, primero, que el padre muerto no regresará y, segundo, que su cuerpo está sepultado en la tierra o reducido a cenizas después de la cremación. Al padre sobreviviente le resulta en extremo difícil dar esa información porque le importa mucho escudar al hijo de la impresión de la muerte y del dolor del duelo que todo padre siente en esta situación, y también, sin duda, porque hablar sobre tales cosas renueva en él mismo con demasiada crudeza la realidad de los hechos. Al respecto Dyregrov (1991, 2008) aconseja que cuando los padres no se sientan preparados para hablar o responder algunas preguntas, o no sepan cómo responder pueden decirle a sus hijos “Es duro para mí hablar de eso en éste momento, déjame pensar acerca de esto y yo te responderé después”.

Bowlby (1993) refiere que los niños interpretan rápidamente los signos, cuando un padre se niegue a expresar sus sentimientos, los hijos ocultarán los suyos. Cuando un padre prefiere guardar silencio, los hijos tarde o temprano dejarán de hacer preguntas. Varios observadores hacen notar cuan ávidos estaban muchos niños de saber más sobre cómo y por qué su padre había muerto, lo que había ocurrido después de la muerte y cómo esas preguntas eran contestadas con evasivas o con el silencio.

En la tabla 2 se señala lo que sí y lo que no es aconsejable a la hora de comunicar la muerte de un ser querido (Vicente, 2009):

Tabla 2. Consejos para comunicar la muerte de un ser querido a un hijo

	Lo que sí es aconsejable	Lo que no es aconsejable
Quién	La persona más próxima al niño	Un extraño, enterarse a través de terceros o indirectamente por los medios de comunicación
Cuándo	Lo antes posible	Demorar la comunicación o no realizarla
Dónde	En un lugar tranquilo y privado	Rodeado de muchas personas y de ruido
Cómo	Tono de voz sosegado y tranquilo Contacto físico (abrazos, sostener su mano, etc.)	Chillar, gritar, mostrar desesperación o terror a través de frases como: “no sé vivir sin él”, “deseo morirme”, etc.
Qué	Ser sincero y honesto	Mentir
Explicar lo que ha ocurrido	Decir que el ser querido ha muerto Explicarle de manera simple lo ocurrido Indicar, en la medida de lo posible, aspectos positivos como “no sufrió”, “se hizo todo lo posible por salvarle” Si la información es demasiado impactante se puede fraccionar y decir poco a poco	Utilizar eufemismos del tipo: “se ha ido de viaje”, “está durmiendo”, “se ha ido al cielo” Utilizar términos vagos o confusos como “ha expirado” “ha dejado de existir”, “ha desaparecido” Presuponer que el niño sabe lo que le ha pasado Detenernos en detalles escabrosos o morbosos que pueden causar un fuerte impacto Exponer al niño a imágenes impactantes en la televisión o en la prensa, si el suceso ha salido en los medios de comunicación
Explicar qué significa estar muerto	Aclarar que cuando uno está muerto el cuerpo se detiene del todo y deja de funcionar (no se puede respirar caminar o comer), y ya no se puede volver a la vida (que la muerte es para siempre) Basar nuestra explicación en hechos y conocimientos prácticos	Dar por supuesto que el niño sabe lo que significa estar muerto Basar nuestra explicación en conocimientos teóricos biológicos o espirituales complejos o abstractos. Idealizar en extremo la muerte presentando un cielo donde las personas son muy felices (puede desear ir allí a reunirse con el ser querido) o hablar de un Dios amenazador que juzga a las personas.
Explicar las causas de la muerte	Uso del superlativo “muy” (muy enfermo) Indicarle expresamente que él no es el culpable de la muerte. Worden (1996) agrega que los niños deben aprender que sus sentimientos de enojo y posibles deseos en ciertos momentos, no contribuyeron a la muerte del fallecido.	Decir simplemente que las personas mueren cuando son mayores o cuando están enfermas sin explicarle que hay muchos niveles de enfermedad o de ser mayor Utilizar explicaciones confusas como “se lo ha llevado Dios porque lo quería mucho”

Continuación Tabla 2.

Hablar sobre las posibles reacciones tras la pérdida	Decirle que probablemente se sentirá triste o enfadado o confundido Decirle que no hay una única manera de expresar el dolor Darle permiso para expresar emociones (negativas y positivas) Decirle que llorar no es malo, que está bien que lo haga Transmitir esperanza (“estaremos tristes un tiempo pero luego nos sentiremos mejor”)	Impedir la expresión de emociones a través de frases como: “ahora tú eres el hombre de la casa” “no me gusta verte llorar” “no llores”, “tranquilízate” “tienes que ser valiente” “pórtate como un mayor”, etc.
Explicar los acontecimientos que van a ocurrir	Explicar en qué consiste un funeral, un entierro, un velatorio, que recibirá visitas de las familiares, que estarán tristes, etc. A los adolescentes, las consecuencias que puede implicar la muerte para la familia Incluirle en los actos y reuniones familiares Preguntarle si desea participar en los rituales de despedida	Presuponer que el niño sabe en qué consisten estos actos de despedida o que sabe lo que va a pasar Excluirle de las reuniones familiares enviándolo a su habitación Mantenerle al margen, sin darle la oportunidad de decidir su participación en los actos de despedida Obligar al niño a adolescente a participar en ellos, aún cuando éste lo rechaza.
Indicar nuestra disposición a la ayuda	Animarle a hacer preguntas Abordar sus ideas erróneas sobre la muerte (el velatorio no significa que la persona despertará, estar muerto no significa estar dormido, etc.) Escuchar sus miedos y preocupaciones Observar sus reacciones y ponerles un nombre Dedicarles el tiempo que necesiten Decirles que estás a su lado y que cuidarás de ellos como siempre lo has hecho	Negar su necesidad de consuelo Ignorar sus reacciones emocionales o cambios de comportamiento Mostrar impaciencia ante la repetición de sus preguntas Interrumpir la expresión de sus emociones o pensamientos

Gómez (2007) agrega como sugerencia el analizar y clarificar los pensamientos acerca de creencias y actitudes que el adulto a comunicar tiene sobre la muerte y los mensajes que quiere transmitir, sugiere preguntarse uno mismo qué es la muerte, qué puede haber después de la muerte; qué influencia tiene la religión en sus conceptos, etc. También señala la importancia de reconocer que el tema de la muerte es un tema complejo y que su comprensión es todo un proceso que requiere tiempo, estudio y paciencia. Recomienda aprovechar los momentos significativos para hablar de la muerte con los niños, por ejemplo cuando muere uno de los animales de su casa, cuando ha leído un libro o ve un programa donde se hace referencia a la muerte. Cuando el niño pregunte ¿por qué? es bueno admitir que el mismo adulto también se lo ha preguntado a sí mismo, si no se sabe que responder es importante decírselo; se le puede decir que, según las creencias personales, todos los seres humanos de la tierra han de morir algún día, que la muerte ocurre a todo el mundo,

que hay cosas que podemos controlar y otras que no, y que la muerte es una de las que no se pueden controlar; es importante hacer énfasis en que nada de lo que ellos hayan dicho, hecho o pensado ha causado la muerte del ser querido. Es importante ser pacientes y prepararse para repetir muchas veces la misma conversación.

- Normalización y mantenimiento de sus rutinas

Worden (1996) señala que el niño necesita sentirse seguro, para ello se requiere ser consistentes en la disciplina y no realizar un cambio drástico en ésta, p.e utilizar una disciplina muy restrictiva. Con frecuencia lo que más ayuda a los niños frente a las pérdidas es recuperar y mantener su ritmo cotidiano de actividades e intereses: volver al colegio, retomar los encuentros con los amigos, y las personas que quiere, reanudar sus actividades deportivas, etc. (Worden, 1996; Vicente, 2009)

Asegurar también la continuidad en los cuidados (que sean las mismas personas, el mismo entorno, las mismas rutinas de sueño, alimentación, etc.), permite crear un ambiente favorable para la adaptación del niño tras la pérdida. En la medida de lo posible, durante los meses posteriores a la pérdida no es recomendable hacer grandes cambios en la familia, como mudarse de vivienda, encargar a otra persona el cuidado de los niños o trasladarse a otro colegio. (Vicente, 2009)

- Un ambiente abierto a la expresión de las emociones y apoyo emocional

Cuando a los menores se les permite expresar su ira, su preocupación o tristeza, son capaces de tomar conciencia de sus emociones, examinarlas, desde fuera y ganar control sobre ellas. Para muchos niños la simple posibilidad de ser capaces de contar con su historia, de ser escuchados y validados (reconocer sus emociones) y tener la oportunidad de hacer preguntas es ya un apoyo apropiado suficiente para afrontar la pérdida. Los niños necesitan saber que son queridos y que se está atento a sus necesidades emocionales. Es importante hacerles saber que nos preocupamos por ellos y que hay disposición a ayudarlos. Así mismo, los niños y los adolescentes necesitan que les transmitamos esperanza respecto al presente y al futuro próximo, y que les digamos que serán capaces de recuperarse de la pérdida (Worden, 1996; Vicente, 2009). Dyregrov (1991,2008) concuerda con lo anterior y añade que se les puede estimular a los niños a afrontar sus diferentes emociones a través de la cercanía y comunicación con los padres (acerca de sus miedos, ansiedad, sentimientos de culpa, etc); también se puede estimular la expresión de emociones y sentimientos por medio de actividades, p.e hacer un álbum un poema o una carta, dibujo, esculpir en arcilla.(Worden, 1996; Dyregrov, 1991, 2008).

Bowlby (1993) señala que la confusión y patología pueden nacer de ocultar o deformar a los niños la muerte de un padre y cuando implícita o explícitamente los adultos hacen que los niños refrenen la expresión de sus sentimientos.

- Formar parte de los rituales del funeral

Worden (1996) refiere que los niños necesitan sentirse importantes e involucrados, por lo que es importante incluirlos e involucrarlos en los ritos del funeral. Es aconsejable dar la oportunidad al menor de despedirse del ser querido ofreciéndole la posibilidad de participar en los rituales de despedida. Aunque tendemos a pensar que los niños no pueden enfrentarse a dichas situaciones, la realidad es que pueden manejarlas mejor que muchos adultos, pero necesitan que se les prepare y se les proporcione información acerca de en qué consisten estos actos simbólicos (es decir, que el ser querido no aparecerá físicamente, que es una manera de decirle adiós y de compartir todo lo bueno que hemos vivido junto a él, que vendrán mucho amigos y familiares, que estarán tristes y llorarán), ya que puede tener expectativas erróneas sobre lo que se va a encontrar o sobre el modo de comportarse, así mismo es aconsejable que su presencia en tales situaciones siempre se haga en compañía de algún miembro de la familia que se muestra dispuesto a disipar sus dudas y contestar a sus preguntas. Vicente (2009) recalca la importancia de no obligar al niño a participar de los rituales en caso que no desee.

Worden (1996) señala que el participar en los rituales, le permite al niño: un medio para reconocer la muerte, una forma de honrar la vida del difunto y un medio de soporte y confort para los niños en duelo.

Dyregrov (1991,2008) aborda la importancia de los rituales, dejando ver que estos ayudan a contrarrestar las fantasías, estimulan el trabajo de duelo y permite la oportunidad de expresar el dolor simbólicamente, también simboliza la transición entre la vida y la muerte, así como la despedida; lo más importante es que los rituales estructuran la situación caótica. Es favorable que los niños participen debido a que ellos necesitan saber que el cuerpo muerto será enterrado o se incinerará. El autor antes mencionado da las siguientes recomendaciones cuando el niño desea participar en los rituales: el niño debe estar preparado (explicar cómo será el cuarto, cómo estará adornado, donde se encontrará el muerto, cómo luce el muerto, las reacciones que podrían tener los otros o él mismo), debe ser acompañado por un adulto de confianza (en caso de la muerte de un hermano o padre, se recomienda que el acompañante no sea alguno de los padres sino otro familiar cercano, esto debido a que el padre que ha perdido a su hijo o pareja pueda vivir el ritual sin la atención dividida, al tener que acompañar a su hijo), el niño debe tener la oportunidad de elaborar a través de sus impresiones (puede llevar una flor u objeto significativo que deje en la caja como una forma de despedirse; cuando el cuerpo haya quedado desfigurado, no se recomienda que el niño lo vea, se debe explicar las razones; es importante un

tiempo de conversación con el niño o tiempo para procesar las impresiones después de la ceremonia, ya sea a través de palabras o juego, según lo exprese el niño).

Gómez (2007) considera como guía general que a los niños se les debería llevar a los ritos fúnebres a partir de los 6 años, si así lo desean. Worden (1996) considera que puede ser a partir de los 5 años. Refiere la importancia de prepararlos con antelación, pues los niños que contemplan el entierro de un ser querido sin recibir ninguna explicación pueden desarrollar el miedo a ser enterrados vivos, un tema bastante común en los niños pequeños.

- Mantener la conexión simbólica con el ser querido que ha muerto

Es una creencia muy habitual considerar que el duelo es un proceso que implica el despegarse del ser querido y olvidar la pérdida. Sin embargo, las perspectivas más recientes apoyan la idea de que las personas en duelo no tienen por qué abandonar o renunciar a la relación que mantenían con la persona fallecida, sino que pueden conservar y mantener una relación simbólica” con esta a lo largo de sus vidas, y que esta conexión tiene efectos saludables en su proceso de adaptación tras la pérdida. Esta aproximación más gratificante y esperanzadora, también es aplicable a los niños y adolescentes, e implica que los niños no tienen que trabajar o superar sus sentimientos de duelo, sino que podemos ayudarles a redefinir su relación con el ser querido y a aferrarse a sus recuerdos significativos. (Vicente, 2009)

Los niños necesitan recordar y memorizar la pérdida del padre o ser querido, no solo después de la muerte sino continuamente, esto con la finalidad de mantener una conexión con el fallecido. (Worden, 1996).

Otra necesidad importante en los niños que han sufrido alguna pérdida es que el adulto les modele cómo afrontar la pérdida (estrategias de afrontamiento), se recomienda involucrar al niño en la reflexión de la pérdida, hablando de la persona muerta y de los recuerdos que se tienen de ésta. (Worden, 1996).

Gómez (2007) señala que el niño afligido puede sentirse culpable de “que sus malas acciones o su desobediencia” causaron la muerte del ser querido, por lo que la forma más útil de ayudar al niño afligido es acompañarlo y darle soporte continuamente, asegurarle que no se le abandonará, que siempre tendrá compañía hasta que sea mayor. Buckman (en Gómez, 2007) aconseja:

- Demostrarle al niño que no le abandonará y que estará presente.
- Disponer de tiempo suficiente para estar con su hijo, que sienta su presencia
- Estar pendiente de cómo va su hijo. Observar su conducta.

- Hacer una lista de lo que necesita en casa, qué problemas tiene, cuáles son las prioridades y con qué recursos cuenta.
- Conservar bien definidos los roles de cada uno

Por su parte Wilcox (2004) una madre, como muchas otras que perdieron a sus esposos en el ataque a las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001, comenta las principales necesidades que observó en sus hijos ante la pérdida del padre, con la finalidad de ayudar a otros padres:

- Rutina: es importante que después de la muerte se mantengan algunas rutinas como las horas de comida y de dormir. Restablecer viejas rutinas o introducir nuevas, en la medida en que los padres e hijos se vayan sintiendo listos. Las rutinas incluyen los momentos en los que la familia se encuentra unida, como comidas, juegos de mesa, actividades al aire libre, etc., estos momentos dan fortaleza. Tener espacios de placer con los hijos, semanal o mensualmente (ver una película, comprar helado, etc.). Ayuda a tu hijo a desarrollar su propia rutina con tareas diarias. Tomarse tiempo en las rutinas, no apresurarse, estas serán introducidas en diferentes momentos. Consistencia en las rutinas, pues esto da seguridad a los niños.
- Amor: es importante decirle a los hijos que se les ama y demostrarlo también con acciones. Abraza, escucha y reconoce a tu hijo. Si presenta una conducta inadecuada, castiga la conducta no a tu hijo. Dar amor incondicional, estableciendo límites. No utilizar la pérdida como una excusa para permitirle conductas inapropiadas y darle todo. Reconoce y premia sus logros. No tengas miedo de cometer errores. Evitar la sobreprotección. El duelo causa inseguridad en los niños, si ellos se sienten amados, podrán recuperar cierta seguridad.
- Honestidad: decir al niño sólo lo que necesita saber, considerar su edad, personalidad y madurez. No decirle cosas que puedan crearle un trauma mayor. Con frecuencia los niños preguntan para sentirse confortados, con la honestidad se debe tratar de calmar sus miedos más que crearlos. Si no sabes algo, puedes decir que no lo sabes. No forzar al niño escuchar algo que no quiere o no está preparado. Hablar de la pérdida y explicarle los posibles cambios que tendrá en su vida. Comunicarse con sus sentimientos y ser paciente.
- Seguridad: amar y proteger al niño sin juicios. La seguridad del padre sobreviviente o estabilidad se verá reflejada en el niño. Disfrutar los diferentes momentos con el hijo. Hacerle ver el orgullo que se tiene por él. Cuando el padre está disponible para su hijo cuando éste lo necesita, el niño siente la seguridad de que sus necesidades serán atendidas por un adulto.

Sorensen (2008) considera importante tomar en cuenta la edad, al hablar de las necesidades del niño en el duelo:

- De 0 a ½ años: Es importante mantener las rutinas de los niños (hora de comer y dormir). Evitar separaciones innecesarias con los cuidadores principales. Mantener una atmosfera de calma en presencia del niño. Evitar exponer al niño a una situación donde se reviva el trauma. Se espera una regresión temporaria en la conducta del niño, es importante no mostrarle desconcierto ante esto. Ayudar al niño a nombrar sus emociones principales, hablar del evento en términos simples y durante charlas breves. Darle juguetes relacionados con el trauma actual, en caso de que este tratando de representar la pérdida (p.e accesorios de doctor, ambulancia).
- De 2 ½ a 6 años: Escuchar y tolerar el relato repetitivo del niño acerca del evento. Respetar los miedos del niño, dar la oportunidad de enfrentar esos miedos. Proteger al niño a exponerse nuevamente a situaciones aterradoras donde reviva el trauma, incluyendo películas, historias, programas de terror. Ayudar al niño a nombrar sus emociones durante conversaciones breves (el niño no puede hablar de dichas emociones o experiencia por un tiempo prolongado). Esperar y entender las conductas regresivas del niño, es importante mantener las reglas de la casa. Esperar conductas difíciles o no características del niño. Establecer límites firmes dentro del juego, no permitir que se hiera o dañe a nadie dentro de éste. Si el niño esta temeroso, evitar separaciones innecesarios con sus cuidadores principales. Mantener las reglas de la casa y rutinas familiares. Evitar experiencias nuevas y desafiantes para el niño. Proporcionar comodidades adicionales a la hora de dormir cuando sea posible, p.e lámparas, animales de peluche, si el niño tiene pesadillas, se recomienda que el cuidador este físicamente con él. Explicar al niño que las pesadillas provienen de los miedos que se tienen dentro pero que estas no son reales y que irán disminuyendo conforme transcurra el tiempo. Proporcionar oportunidades y accesorios para el juego relacionado con el trauma. Tratar de descubrir que desencadena espanto repentino o regresión. Monitorear el afrontamiento del niño en la escuela al expresar preocupación y comunicarse con el personal de la escuela.
- De 6 a 11 años: Escuchar y tolerar el relato repetitivo del niño sobre el evento. Respetar los miedos del niño, dar tiempo para afrontarlos. Incrementar el monitoreo y conciencia del juego del niño el cual puede involucrar representaciones secretas del trauma con amigos o hermanos, establecer límites dentro del juego de no herir o dañar a alguien más o así mismo. Permitir al niño tratar con nuevas formas de afrontar sus miedos en la noche a la hora de dormir: dar un tiempo extra para leer, dejar el radio prendido, escuchar una canción a la mitad de la noche para ir terminando con el miedo y pesadillas. Tranquilizar a los niños mayores que presentan sentimientos de miedo o conductas que los hacen sentir

fuera de control (mojar la cama), mencionar que esta reacción puede ser normal después de una experiencia traumática y que se sentirá mejor conforme avance el tiempo.

Termino el presente apartado, remitiéndome a los derechos del niño en duelo señalados por Gómez (2007):

Tengo derecho a:

- Que se reconozca la particularidad y especialidad de mi situación de duelo y a que sea considerada como un periodo especial de crisis en mi vida y que sea asistida como tal.
- Que se reconozca mi dolor como real.
- No ser un segundo plano en el duelo familiar.
- Que no me digan que tengo que estar bien por mis padres; es decir que no me depositen la responsabilidad del bienestar psicológico o emocional de mis padres u otros seres queridos.
- Recibir apoyo e información adecuada respecto al duelo.
- Que se respeten mis espacios, mi manera de vivir el duelo y mi forma de afligirme.
- Escoger a una persona de confianza para que me acompañe y escuche.
- Solicitar, si así lo deseo, una revisión médica, psicológica o de enfermería.
- Que se me faciliten todos los medios necesarios para estimular la expresión de mis sentimientos generados durante el duelo
- Que no me comparen con el muerto
- Que no me obliguen a asumir un rol que no me corresponde
- Que me permitan asistir al entierro y ritos funerarios si así lo solicito.
- Que no me obliguen a hacerlo si, por motivos que sean, no lo deseo.

2.3 PÉRDIDA FÍSICA

Antes de hablar de pérdida física es importante mencionar que la representación mental del cuerpo se logra mediante la síntesis de la aportación sensorial interno y exteroceptiva, unida a la propioceptiva y a las proyecciones sobre éstas provenientes de otras relaciones y otros objetos internos diferentes de nuestro propio cuerpo. Pero luego, todo el crecimiento y estructuración de la mente se apoya directamente en un self y un self corporal mínimamente integrados, que forman la base para el resto de las representaciones mentales. De ahí que la pérdida de una parte del cuerpo sea siempre más impactante, más emocionalmente conmovedora, que la mera minusvalía que supone: lo que se ve afectado es también la representación mental del cuerpo y por lo tanto, nuestro sí mismo. (Tizón, 2004)

Con respecto a las pérdidas físicas Tizón (2004), refiere que este tipo de pérdidas son una fuente de cambios aparatosos del sistema familiar. Las pérdidas por mutilaciones, amputaciones o pérdidas corporales

funcionales súbitas, accidentales o quirúrgicas, son pérdidas corporales siempre inesperadas y difíciles de elaborar. A nivel psicológico afectan tanto a nuestras relaciones como a nuestro self, al esquema corporal, y además a nuestro narcisismo. En lo social afectan a nuestras capacidades relacionales y laborales. En lo biológico, nuestro sistema nervioso central, así como el músculo esquelético o el visceral necesitan toda una serie de adaptaciones.

El sujeto que sufre tales pérdidas tiene ante sí la enorme tarea de encauzar el volumen de las emociones que le suponen en cuanto a pérdida. Pero además y más directamente que en otros procesos de duelo, debe reaccionar en alguna medida, desde el principio, su duelo; debe reacondicionar en alguna medida, desde el principio, su sí mismo y narcisismo. (Tizón, 2004)

Con frecuencia se compara la pérdida de un miembro o parte del cuerpo y la pérdida producida por la muerte de una persona querida (Parkes, 1975, 1977; Magure Y Parkes, 1988; en Tizón 2004). De la misma forma que el duelo afligido echa de menos la persona perdida, los amputados echan de menos su miembro amputado, su atractivo físico (pérdidas de imagen corporal) o algunas funciones que no pueden llevar adelante (pérdidas de función). A ambos grupos. De entrada, les es difícil creer, aceptar la pérdida. Tienden a negarla. Ambos comunican fantasías repetitivas del miembro propio (o de la pareja) perdidos y a veces creen /sienten que aún lo poseen. Muchos tienen auténticas percepciones intrusivas reiteradas. Tanto la pérdida como las sedaciones y emociones posteriores son tan invasivas, que a menudo, el duelo se hace complicado o patológico. (Tizón, 2004)

La pérdida puede estimular también vergüenza y culpa persecutorias y hay quienes dedican un tiempo y un esfuerzo enormes a ocultar la minusvalía o la deformación subsiguientes. El narcisismo herido juega en eso un papel fundamental. Pero en otras ocasiones, culpas y ansiedades persecutorias parecen focalizarse en la parte dañada, la cual en un diálogo más o menos consciente, se le culpa de todas las desgracias y de todo lo que ahora no se podrá alcanzar. Cabe mencionar que cualquier alteración de nuestras funciones sensoriales y cognitivas posee efectos psicológicos profundos, tanto en la persona que queda afectada, como en la familia. Además, la familia entera debe reorganizarse en función de la asistencia a las pérdidas de este tipo de algunos de sus miembros: alguien tiene que ayudar a la movilidad, el trabajo, los ingresos, las relaciones personales, las actividades y hábitos cotidianos. De esa forma, hay que recordar que la disminución en la autoestima, los trastornos del sueño, el retraimiento, la depresión y la ansiedad afectan hasta a la mitad de los invidentes secundarios. Una cuarta parte aumentan de peso excesivamente, y un tercio manifiestan episodios de irritabilidad e ira. (Tizón, 2004)

Una vez revisado el concepto de pérdida física es importante hablar del esquema corporal e imagen corporal en niños con enfermedad crónica o discapacidad.

2.3.1 Imagen del cuerpo en niños con problemas físicos

Doltó (1986) refiere que no debe confundirse imagen del cuerpo y esquema corporal, define al esquema corporal como una realidad, como nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico, también menciona que nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebiles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas. La autora refiere que afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal y estos, debido a la falta o interrupción de las relaciones del lenguaje pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo. Además menciona la frecuencia de encontrar que en un mismo sujeto cohabiten un esquema corporal invalidado y una imagen del cuerpo sana, pues aún cuando los niños con alguna dificultad como la poliomielitis no recuperen un esquema corporal sano, íntegro desde el punto de vista motor y neurológico, su invalidez puede no afectar su imagen del cuerpo; para ello es preciso que, hasta la aparición de la enfermedad, en el curso de ésta y después, durante la convalecencia y la reeducación, su relación con la madre y el entorno humano haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia por parte de los padres; una relación adaptada sus necesidades, de las que hay que hablar siempre como si los propios niños pudieran satisfacerlas aunque la afección muscular causada por la enfermedad y sus secuelas los hayan incapacitado para ello.

La evolución sana de la imagen del cuerpo depende de la relación emocional de los padres con la persona del hijo, de que muy precozmente estos le ofrezcan en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico lisiado. Si se le reconoce como sujeto de sus deseos, símbolo de la palabra conjuntamente acordada de dos seres humanos tutelares, que son responsables de su nacimiento y que lo aman con todo lo que su realidad implica, que no intentan hacérsela olvidar, sus padres (y luego sus educadores) podrán dar a sus preguntas, por mediaciones del lenguaje y en forma para ellos inconsciente, la estructura de una imagen del cuerpo sana “Si tuvieras pies, manos, podrías hacer lo que hace aquel chiquillo... eres tan astuto como él” . (Doltó, 1986). Es por ello la importancia de que los padres con hijos con enfermedades crónicas demuestren el amor incondicional a sus hijos, es necesario que ellos escuchen cuánto los quieren y lo feliz que se sienten de tenerlos como hijos, enfocándose a las cosas que pueden hacer sus hijos más que aquellas que no puede realizar. (Asthon y Asthon, 1996).

Dolto (1986) menciona que el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en las que vive. Si en principio el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación de un tipo de relación libidinal. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es preferentemente inconsciente, es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisista e interrelacional.

Por su parte Korf Sausse (en Geissmann y Houzel, 2000), hablan de cuerpo y discapacidad en niños, se cuestiona ¿qué consecuencias tendrá este problema orgánico sobre su vida psíquica? ¿Cómo asume el propio discapacitado su cuerpo? ¿Cómo concebimos una realidad corporal tan traumática? Es ante todo un cuerpo que sufre tanto por la propia discapacidad como por las intervenciones médicas que tienen por objeto diagnosticar los problemas, aliviarlos o en su caso, limitar sus efectos nefastos. Para un niño discapacitado, su cuerpo es, desde que nació, una fuente de sufrimientos, de frustraciones y de decepciones. Ha sido y sigue siendo objeto de cuidados y de terapias de reeducación, de exámenes y manipulaciones por parte de los adultos. Este cuerpo se le escapa al niño como si fuera algo extraño a él y que debe reapropiarse. Posee un cuerpo extraño agitado por movimientos incontrolados, flácido o rígido, disforme o defectuoso, un cuerpo enfermo que marca al niño con el sello de alteridad; un cuerpo que no se ajusta al modelo del desarrollo humano, ni a la imagen del niño ideal, ni al deseo de sus padres, un cuerpo que suscita una inquietante extrañeza, un cuerpo improbable, un cuerpo inverosímil. ¿Cómo se vive dentro de ese cuerpo tan imposible de pensar? Las psicoterapias de larga duración con niños discapacitados demuestran una y otra vez que pese a todo, estos niños se piensan a sí mismos. Impresiona en verdad observar la increíble inventiva de la psique humana, que, a través del pensamiento, es capaz de dar forma a las vivencias corporales por muy dolorosas y extrañas que éstas sean.

El cuerpo por muy dañado que éste es objeto de una investidura pulsional. Además se trata de un cuerpo cuyas manifestaciones por muy absurdas, frustrantes y desagradables que sean, deben tener un sentido. Las psicoterapias con niños discapacitados revelan una búsqueda incansable e imaginativa de un sentido. No hay fenómeno alguno en la existencia (somática y psíquica), de un sujeto, que no esté investido de una energía libidinal y que no se inscriba en los guiones del pensamiento y del fantasma. (Korf Sausse, 2000 en Geissmann y Houzel 2000)

Korf Sausse (2000, en Geissmann y Houzel 2000) menciona que el niño “no bueno” es, en suma el niño discapacitado (“las piernas son no buenas”), pues es el que ha dañado a su madre al nacer y le ha infligido esa terrible herida narcisista. Este sentimiento de culpa por haber hecho sufrir a su madre aparece siempre, con fuerza e insistencia, en la vida emocional del niño. El niño discapacitado, afectado en su integridad, nos devuelve, como ante un espejo roto, una imagen en la que tememos reconocernos. Este niño es portador de un sufrimiento tan grande que preferimos pensar que no es consciente de nada e imaginar que carece de las capacidades intelectuales necesarias para pensar en su situación. Pero, a la luz de la experiencia clínica, Korf refiere que todos los niños, incluso los más pequeños y los más deficientes, son conscientes de su discapacidad. Este fenómeno se desconoce casi siempre

La investidura del cuerpo no pasa obligatoriamente por experiencias motoras realizables, sino por la investidura libidinal. Para los discapacitados la construcción de la imagen del cuerpo se apoya en las realizaciones motoras que han sido coartadas por la discapacidad, así como sobre las anticipaciones fantaseadas motrices, que solo están afectadas parcialmente por la discapacidad. La dificultad por simbolizar una realidad tan decepcionante y despersonalizada e integrar el propio cuerpo produce una disociación de la personalidad, una disyunción entre el cuerpo y la psique sobre el modo de una sobre investidura que conduce a una inhibición que puede generalizarse en otras parcelas de la vida psíquica y provocar una sobre discapacidad; sobre investidura que puede derivar hacia una utilización perversa de la discapacidad. Los trastornos particulares debidos a la discapacidad obligan en efecto a des invertir, a abandonar en cierta medida algunas partes del cuerpo o ciertas funciones, y a invertir otras. Se trata pues de operar una escisión, pero la clínica del niño discapacitado nos lleva a reexaminar el uso y el valor de este mecanismo, pues la discapacidad impone al niño una violencia, no solo por las consecuencias directas y frustrantes que conlleva, sino porque provoca toda una serie de exhortaciones paradójicas; le exigimos al niño que sea autónomo, mientras que la propia discapacidad implica la dependencia del otro; le pedimos que sea activo y pasivo al mismo tiempo. Debe obedecer, pero también debe ser independiente; es víctima y responsable de su situación a la vez ¿Qué puede hacer para librarse de ella?; es por ello que la escisión se convierte en una de las vías de escape, que permite mantener posiciones contradictorias, al no poder elaborar los conflictos, cuando estos se plantean en términos imposibles, los procesos de negación y escisión se presentan de forma pasajera e intermitente y no son exclusivos de otros registros defensivos, menos arcaicos y menos masivos, con los cuales pueden llegar a coexistir. Korf habla de una función positiva y necesaria de dichos mecanismos defensivos, para la supervivencia psíquica en la dificultad de la tarea de elaborar una realidad tan irremediable y mutilable como la discapacidad. El niño discapacitado se enfrenta a una realidad y a una alteridad particularmente frustrantes que llega a ser incluso alienante o des personalizadora. No sería descabellado ver en estos mecanismos de defensa, que conjugan los

diferentes registros de la neurosis, de la psicosis y de la perversión, una respuesta más o menos adecuada, pero en cualquier caso muy concreta, a una situación que pone en juego de manera extrema el cuerpo, ese cuerpo enfermo, discapacitado, anormal, sufriente, monstruoso, amenazado de muerte. Lo peor es la negación, la afirmación de que no ha pasado nada, de que no hay dolor o de ser castigado y reñido cuando se manifiesta la parálisis traumática del pensamiento o de los movimientos. La negación tiene que ver fundamentalmente con el dolor físico que afecta profundamente a algunos niños discapacitados, que reconocer momentos de desesperación física o que deben sufrir intervenciones médicas dolorosas. La principal razón de esta ignorancia es una obstinada creencia en la discapacidad del niño para sentir dolor o sufrimiento psíquico. Lo que nos enseñan las psicoterapias con niños que han sufrido experiencias corporales dolorosas es que existe toda una fantasmagorización en torno a esos dolores que son objetos, pese a nuestras teorías preconcebidas, de un intento de simbolización. (Korf Sausse, 2000; en Geissmann y Houzel 2000).

Blum-Gordillo, Gordillo- Paniagua & Garcia-Lozano, (2003 en Kern y Moreno, 2007) señalan que las habituales experiencias de dolor, daño orgánico y tratamiento intrusivo provocan cambios y alteraciones en la representación del cuerpo de niños y adolescentes enfermos. Esos cambios corporales y el sufrimiento psíquico pueden generar sentimientos de inferioridad frente a las demás personas (el niño se siente “distinto” por estar enfermo), tristeza y vergüenza, con consecuencias para su auto concepto y autoestima.

Una vez mencionado brevemente la imagen del cuerpo del niño con algún problema físico, se hablará del concepto de enfermedad crónica y sus desafíos, debido a que el caso que será presentado posteriormente padece de la pérdida física debido a una enfermedad crónica y sus desafíos, posteriormente se hablará brevemente de la hidrocefalia, enfermedad que padece el paciente del caso a presentar.

2.3.2 Enfermedad crónica

Definición

Bradford (1997) menciona que no ha sido una tarea fácil escribir acerca de las enfermedades crónicas debido a la poca claridad del término, refiere que han sido usadas diferentes definiciones, por ejemplo Rutter et al, (1970 en Bradford 1997) consideran que los niños tienen una enfermedad crónica si su condición ha sido asociado con una discapacidad recurrente o persistente por lo menos en el último año, otros autores como Mattsson, (1972 en Bradford 1997) sugieren que una enfermedad crónica se refiere a un desorden con un curso prolongado el cual puede ser progresivo y fatal, o asociado con un periodo relativo de vida normal a pesar del daño en el funcionamiento físico o mental. Pless y Pinkerton (1975 en Bradford 1997) especificaron los siguientes parámetros en su definición de enfermedad crónica: es una condición física, usualmente no una condición fatal,

con una duración de más de tres meses en un año, o con necesidades de un periodo continuo de hospitalización de más de un mes en un año. Eiser (1990, en Bardford 1997) ha definido una enfermedad crónica como una condición que afecta a los niños en periodos extendidos de tiempo, sobre su vida; estas enfermedades pueden ser manejadas en la medida en que un cierto grado de control del dolor o reducción en los ataques, los episodios de sangrado o convulsiones generalmente se logran, sin embargo no pueden ser curadas.

Por su parte Stein, (1992; en Jackson and Vessey, 2000) define la enfermedad crónica como aquella que en el momento del diagnóstico o durante el curso esperado produciría en el momento o en el futuro las siguientes secuelas: limitación de las funciones apropiadas para la edad y desarrollo, desfiguración, dependencia en la medicación o dieta especial para un funcionamiento normal o para el control de la condición, dependencia en la tecnología médica para su funcionamiento, necesidad del cuidado de más médicos o servicios relacionados que los niños de su edad, o tratamientos especiales en casa o en la escuela. La definición de niños con cuidados de salud especial se centra en el criterio de la necesidad de servicios adicionales en lugar de una condición médica identificada o deterioro funcional, el reconocimiento de la variabilidad en la severidad de la enfermedad, el grado de deterioro, y las necesidades del servicio entre los niños con el mismo diagnóstico o diferentes.

Bradford (1997) menciona que en general en las diferentes definiciones hay un consenso de cómo constituir una enfermedad crónica, nombrando que la condición es prolongada y resulta de un número diverso y adverso de resultados, que van desde la expectativa de vida normal hasta la muerte; investigaciones, no obstante, han puesto énfasis en diferentes aspectos que generan incertidumbre en la definición, particularmente en relación con el tema de la cronicidad y la severidad.

Clasificación

Jackson y Vessey (2000) refieren que hay diferencias en el tipo y perfil de condiciones crónicas en niños y adultos, los niños son afectados por una proporción numerosa de enfermedades genéticas o por condiciones prenatales, en los niños las enfermedades crónicas suelen ser inestables pero con sujeción a las exacerbaciones agudas y remisiones que se superponen en el crecimiento del niño y su desarrollo.

Por su parte Bradford (1997), menciona que tienden a clasificarse en dos tipos principales: los que buscan a los trastornos del grupo sobre la base de su etiología y los que buscan sobre las características de la enfermedad desde su gravedad. Según su etiología se encuentran aquellas enfermedades debidas a una anomalía de los cromosomas, aquellas que resultan de un rasgo anormal heredado, debido a factores intrauterinos,

resultado de un trauma perinatal y eventos infecciosos, debido a infecciones postnatales. Perrin (1985 en Bradford, 1997) sugiere que las enfermedades deberían ser categorizadas en relación a si hay un impacto en el nivel de movilidad del niño (actividad), si el curso de la enfermedad es estático o dinámico, la edad del niño cuando el proceso de la enfermedad comienza, si el funcionamiento cognitivo y sensorial es afectado y si la condición es visible. De acuerdo con la postura de la severidad Hobbs y Perrin (1985, en Bradford, 1997) argumentan que debe tomarse en cuenta si la enfermedad juega una carga financiera relevante en la familia, si la enfermedad restringe significativamente el desarrollo físico del niño, si la enfermedad deteriora significativamente la habilidad del niño para involucrarse en actividades acostumbradas y esperadas, si la enfermedad contribuye significativamente problemas emocionales para el niño, expresados en una estrategia de afrontamiento mal adaptativa, si la enfermedad contribuye significativamente a la disrupción de la vida familiar, por ejemplo en el incremento de conflicto marital y desórdenes en la conducta de los hermanos.

Existe la aproximación que se refiere a no clasificar, tratando de buscar las similitudes entre las enfermedades crónicas más que las diferencias, por su parte Stein y Jessop (1982 en Bradford 1997) estudian los efectos de las enfermedades crónicas en la infancia, argumentando que la investigación ha demostrado que dentro de las similitudes se encuentran los desafíos que presentan dichas enfermedades, independientemente del diagnóstico particular. Por su parte Pless y Perrin (1985, en Bradford, 1997) concluyen que las dificultades varían ligeramente de desorden a desorden o de familia a familia, en todo caso, la naturaleza de la familia, más que la naturaleza de la enfermedad, determina la frecuencia con la que ciertos problemas son experimentados.

2.3.3 Desafío del niño con enfermedad crónica

Retomando lo anterior sobre las similitudes entre los diversas enfermedades crónicas, encontramos los desafíos del niño; es importante mencionar que estos niños tienen los mismos desafíos en cuanto a las tareas del desarrollo, que los niños saludables; sin embargo el dominio y éxito de estas tareas las afrontan con un estrés, que es común en todos los niños, pero se intensifica en aquellos con una enfermedad crónica, debido a que dicha enfermedad altera su funcionamiento físico y mental, así como la interacción con el ambiente al estar sometidos a un tratamiento, hospitalizaciones, así como limitaciones y alteraciones en las relaciones familiares en su vida (Garrison y McQuiston, 1989 en Bradford 1997; Midence, 1994 en Kern y Moreno, 2007).

Se observa que en estos niños está presente el displacer y dolor de los síntomas asociados con la enfermedad, hay una identificación de un problema, además debe someterse a procesos de evaluación y tratamiento en hospitales, produciendo preocupación y dolor, lo cual puede resultar altamente disruptivo al desarrollo del sentido de seguridad de estos niños. (Platt Report, 1959 en Bradford 1997-).

Algunos autores hablan de desajustes emocionales en niños con enfermedad crónica, Bennet (1994 en Kern y Moreno, 2007) considera que los trastornos psicológicos de niños enfermos se deben, en parte, a sus pocas oportunidades de socialización, a su extrema dependencia a sus padres y al equipo de salud y a sus limitaciones físicas. Evidencias recientes apuntan a una fuerte asociación entre número de hospitalizaciones en el primer año de vida y la presencia de problemas de conducta (Anselmi, Piccinini, Barros & López, 2004, en Kern y Moreno, 2007).

Otros autores como Silver, Stein & Dadds (1996, en Kern y Moreno, 2007) refieren que otros factores, además de la salud física, pueden influenciar las respuestas del niño a la enfermedad, como el funcionamiento familiar, las pocas actividades sociales y la dependencia exagerada a adultos.

Con respecto a lo antes mencionado es importante señalar que se han encontrado niños con enfermedad crónica resilientes, Kern y Moreno (2007) señalan que la disminución de riesgos de problemas de conducta externalizante en niños con enfermedad crónica puede estar asociada al impacto de la enfermedad en su funcionamiento psicológico (frecuentes episodios sintomáticos, disminución de la competencia física), o con el efecto de la enfermedad en los padres, especialmente relacionado con el nivel de supervisión que tienen de las actividades del niño. Wallander, Varni y Babani (1989 en Kern y Moreno, 2007) han propuesto un modelo conceptual sobre la enfermedad crónica en la infancia que ha sido utilizado; para esos autores, la adaptación del niño a la enfermedad crónica está determinada por la interacción entre los factores de riesgo y protección. Tres factores son esenciales en los factores de riesgo: variables de la enfermedad (gravedad, visibilidad y problemas médicos asociados), nivel de funcionamiento independiente del niño, y estresores psicosociales que se relacionan con la enfermedad. Entre los factores de protección están las variables intrapersonales (temperamento, habilidad para resolver problemas, etc.), ecología social (ambiente familiar, apoyo social, recursos de la comunidad) y habilidades en el procesamiento del estrés (evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento).

Otro punto importante a discutir sobre niños con enfermedad crónica es que se ha encontrado mayor vulnerabilidad de estos a ser maltratados, Gonzalvo (2002) refiere que los niños con algún tipo de dificultad suelen sufrir algún tipo de maltrato, menciona que el tipo de maltrato más frecuente es la negligencia física y en el 83.8% de los casos la madre es quien maltrata. También comenta que el 93.5% de los niños presentó al menos un factor de riesgo familiar, social y/o ambiental, concluye que los casos de maltrato en niños discapacitados no están relacionadas por la presencia de un factor de riesgo individual aislado (discapacidad),

sino que está relacionado con la existencia de factores de riesgo familiares, sociales y ambientales y que cuantos más de estos factores de riesgo se asocien alrededor del niño discapacitado, mayor será la posibilidad de maltrato.

Uno de los importantes desafíos de estos niños según Bradford (1997), es el desarrollo de mecanismos efectivos de afrontamiento, debido a que el curso de la enfermedad puede ser incierto. Aunado a dichos mecanismos de afrontamiento se encuentra la comprensión de la enfermedad, tratamiento y muerte.

Es importante mencionar que la comprensión y creencias del niño con una enfermedad crónica, en cuanto a su cuerpo y enfermedad se relacionan con su auto concepto, habilidades interpersonales y adherencia terapéutica al tratamiento. Algunos niños se fijan más en su parte defectuosa que en todos sus órganos y sistemas (Jackson and Vessey, 2000). Resulta un desafío para estos niños sentirse confiados y aceptados, es primordial para ellos sentirse amados incondicionalmente por los padres, esto aumenta su autoconfianza y aceptación. (Asthon y Asthon, 1996).

Beneit (en Pérez, Mercado y Espinosa (2011) menciona que la vivencia de enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Pérez, Mercado y Espinosa (2011) refieren que corresponden con una conducta frustrante que genera displacer psíquico, dándose los siguientes elementos en el ser humano:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo
2. Molestias; dolor físico y psíquico.
3. Amenaza...Aislamiento; la enfermedad como tal, solamente la vive el enfermo que la padece, pero tiene resonancia en su contexto próximo y por lo tanto se vuelve un padecimiento relacional.
4. Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás
5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial

Jackson and Vessey (2000) mencionan que la percepción de la enfermedad se ve influida en principio por cómo la perciben los padres, posteriormente pueden influir en ellos otros puntos de vista (p.e cuidadores, médicos, etc). Los niños viven preocupados acerca de su enfermedad solo si esta interfiere directamente con su confort y apego a los padres. Conforme los niños maduran van integrando sus ideas y sentimientos acerca de la enfermedad.

En cuanto a la comprensión del tratamiento Jackson and Vessey, (2000) refieren que la comprensión del niño de los procesos médicos y tratamiento está relacionado con el conocimiento de su cuerpo y enfermedad. Los niños preescolares tienen un pensamiento mágico, por lo que suelen percibir el tratamiento médico como un castigo, no lo asocian con su estado de salud. Conforme los niños maduran su punto de vista de los procedimientos médicos evoluciona desde la sobre generalización a la sobre discriminación y después con la correcta identificación de sus funciones.

Otro de los desafíos como se mencionó anteriormente es la comprensión de la muerte, de la cual se ha hablado al principio de dicho capítulo, en los niños se va formando progresivamente en el desarrollo y refleja la madurez cognitiva, los niños no comprenden la muerte pero reaccionan al fenómeno (dolor y separación) asociado con la muerte. Los preescolares perciben la muerte de forma reversible, la comprensión de la permanencia de la muerte no se logra hasta el grado escolar de primaria, cuando los conceptos de reversibilidad e irreversibilidad son aprendidos (Jackson and Vessey, 2000).

Los niños con enfermedades crónicas están sujetos frecuentemente a experiencias intrusivas y dolorosas y han experimentado la muerte de amigos en el hospital, estas experiencias pueden exacerbar su ansiedad acerca de la muerte. Se ha observado que el miedo asociado con la muerte es similar al miedo de hospitalización y procedimientos intrusivos. Ante la muerte de un niño es importante la forma en cómo se maneja la separación, mutilación y la pérdida de control, para la conceptualización personal de la muerte. Es importante mantener la autonomía del niño, su sentido de dominio y otras habilidades de desarrollo, cada vez que sea posible (Jackson and Vessey, 2000).

Ashton y Ashton (1996) refieren los siguientes desafíos para los niños con alguna enfermedad crónica:

- Experiencias de devaluación en sus relaciones interpersonales
- Inconformidad con su dificultad física y mental
- Dificultades con la aceptación social y rechazo
- Limitación de la experiencia, lo cual puede llevar al sufrimiento emocional y sentimientos de inferioridad

2.3.4 Rol y desafío familiar

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) refieren que la enfermedad de un miembro supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, en función del tipo de enfermedad que padezca. La cohesión, dimensión que se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio,

amistades, toma de decisiones, intereses y recreación, ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Kombit (1984 en Pérez, Mercado y Espinosa (2011) considera que la crisis familiar generada por enfermedad para su análisis y comprensión como un proceso en tres fases: desorganización, recuperación y reorganización.

Bradford (1997) refiere que los padres necesitarán ajustarse a la condición de su hijo que lo afectará el resto de su vida, si el niño nace con una condición crónica o desarrolla una enfermedad después en su vida, los padres la confrontarán con la realidad, sus planes y expectativas se ven ajustados a las limitaciones impuestas por la condición del niño. Relacionado con lo anterior se encuentra lo referido por Mannoni (1997) al mencionar las dificultades por la llegada de un hijo enfermo, llamado desde el comienzo irrecuperable y, por lo tanto en camino de ser un día huésped de un asilo; la madre es quien emprenderá contra la inercia o la indiferencia social una larga batalla cuya meta es la salud de su niño, sin embargo la relación amorosa madre-hijo tendrá siempre, en ese caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo del amor sublime; a veces de indiferencia patológica; en ocasiones de rechazo considerado, pero las ideas de muerte están, en verdad, ahí, aunque todas las madres no puedan tomar conciencia de ello. Al respecto Lebovici (en Lebovici y Weil Halpern, 2006) aborda el tema del niño imaginario, es decir aquel niño que se imagina con buena salud y físicamente bien formado, brillante, exitoso; cuando el niño nace, la madre deberá confrontar su niño imaginario con aquel que empieza a llevar en brazos, en los casos de alguna enfermedad crónica el golpe que anuncia la enfermedad o la malformación perforará el manto narcisista que enrollaría a ella y a su bebé, entonces comprometerá a esa madre en un proceso de reparación que va a intentar dominar desesperadamente. La herida narcisista y los mecanismos de culpabilidad que ponen en funcionamiento el anuncio de la anomalía o de la enfermedad engendran particularidades del sistema interactivo madre/lactante en función de su propia historia y de la especificidad de la enfermedad. De este modo, las familias en duelo por un niño deseado, heridas en su función de transmitir vida, de legar una parte de sí misma, han asistido en esta tragedia no sólo a la enfermedad, al sufrimiento o a la desaparición de un niño, sino también al estremecimiento y a la resquebrajadura de sus imagos parentales; los padres se pueden llegar a sentir transmisores de muerte, incapaces de garantizar la supervivencia de su niño; debido a esto es importante el acompañamiento a los padres, de los diferentes especialistas. (Lebovici y Weil Halpern, 2006)

Otro desafío que confrontan los padres es el trato con los servicios médicos la relación médico paciente, ellos juegan un rol importante en ayudar a sus hijos a afrontar los procedimientos, además de tomar responsabilidad en el manejo médico, un estrés relacionado con esto es la necesidad de monitorear la enfermedad del niño y decidir cuando la medicación e intervención es requerida. Otro desafío es el cuidado del

niño en el hogar, por el tiempo requerido y responsabilidad, en ocasiones hay tensión entre los padres en cuanto a la responsabilidad correspondiente a cada uno en las demandas del cuidado dadas. En la familia puede existir estrés debido a que se pone mayor atención al hijo con una condición crónica; los padres necesitan gastos extras como resultado de los viajes y largas distancias al hospital, o para obtener equipo especial, dietas o adaptar la casa (Fielding, 1985 en Bradford 1997; Ashton y Ashton, 1996)

Jackson and Vessey, (2000) refieren que la forma en cómo perciba la familia la situación, las estrategias para resolver problemas y el repertorio de afrontamiento, así como los patrones usuales de funcionamiento en la familia influyen en la habilidad para adaptarse a la nueva situación. Los factores que afectan la respuesta al diagnóstico del niño incluyen patrones de afrontamiento, estresores concurrentes, valores culturalmente determinados acerca de la salud y enfermedad; otros factores que afectan las respuestas de los padres son: 1) la visibilidad de la condición, 2) el potencial para las limitaciones funcionales, 3) la presencia o ausencia del retardo mental, 4) la expectativa de sufrimiento del niño, 5) la incertidumbre acerca de los cambios en el curso de la condición, 6) experiencia de otros miembros de la familia que tienen condiciones crónicas, y 7) ideas preconcebidas de los miembros de la familia acerca de la condición.

Las respuestas iniciales al diagnóstico pueden incluir: shock, incredulidad, rechazo, disgusto, culpa, desesperación, rabia y confusión. Para algunos padres la reacción inicial interfiere con las habilidades para responder a su hijo de forma adecuada, pueden mostrarse distantes ante la situación. La magnitud de la crisis percibida por la familia es una importante área de evaluación, es relevante determinar la percepción del evento, los patrones previos de afrontamiento, los sistemas de soporte disponibles y recursos. (Jackson and Vessey, 2000-). Muchos de los padres tienden a negar la situación, llevando a su hijo con distintos médicos, les lleva tiempo aceptar el diagnóstico, muestran un ciclo de duelo. (Ashton y Ashton, 1996).

Es importante que los padres busquen información de las causas, tratamientos y efectos de la condición de su hijo, pues es el primer paso para tener bajo control la situación (Hoobbs, Perrin y Ireys, 1985, en Jackson and Vessey, 2000-); aunque en ocasiones algunos padres hacen esto como una forma de negar la realidad, buscan mucha información pero dejan de lado la atención inmediata. El funcionamiento de la familia puede mejorar si los padres tienen una interpretación positiva, más que negativa de la situación. Anthon y Anthon (1996) señalan la importancia de la honestidad con los niños cuando se les habla de su problemática, es importante que tengan conocimiento de la enfermedad.

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) mencionan que existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar, pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tiene las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar. Lo disfuncional (refiriéndose a una forma desfavorable para enfrentar la crisis, poca permisión en la expresión de afectos, poco crecimiento individual de los miembros así como interacción entre ellos) puede agravar algún trastorno y hasta convertirlo en crónico y fijarlo; también puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y rehabilitación. Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida.

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) coinciden en que las reacciones psicológicas ante la enfermedad son muy importantes porque la enfermedad va a ser una vivencia, quedando consciente o inconscientemente en el individuo, y su grupo primario, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) en una investigación realizada en Nayarit concluyen que:

- El impacto de la percepción que se haga del diagnóstico de la enfermedad crónica será congruente al tipo de interacción familiar que tenga el paciente que la padezca.
- La familia constituye una parte crucial de tener en cuenta en el abordaje de este tipo de padecimientos.
- Las creencias de la familia imponen un peso crucial en la dinámica y percepción de la enfermedad como tal

2.3.5 Rol de la escuela y profesionales de la salud

En cuanto al rol de la escuela Jackson y Vessey (2000) refieren que:

El rol de la escuela no debería ser subestimado en la vida de los niños, debido a que provee oportunidades de desarrollo social, emocional y cognitivo. Para los niños con una condición crónica es de suma importancia el rol de la escuela, debido a que tienen menos oportunidades de socializar fuera de su escuela, además de que al incluir a los niños con enfermedades crónicas en actividades escolares se puede favorecer el desarrollo de actitudes de aceptación y respeto de sus pares.

Los profesionales de atención primaria pueden asumir un papel para coordinar e integrar a los niños con enfermedades crónicas, fomentando una comunicación abierta, sin embargo para que esto suceda y se cumpla se

requiere de un trabajo interdisciplinario y de equipo, garantizando que las necesidades educativas y de salud se cumplan.

El desarrollo de un auto concepto saludable es óptimo si el niño con condiciones crónicas observa éxitos en actividades escolares, aunque esto no resulta fácil, pues éste tipo de niños tienden a ser probados constantemente o sometidos a bullying ; incorporar a los niños en la formación de habilidades sociales en el plano educacional es una forma de ayudarlos a interactuar con otros y usar conductas apropiadas cuando tratan con la discriminación. Los padres, maestros y profesionales necesitan saber que los niños con condiciones crónicas experimentan de los mismos estresores que sus compañeros y requieren de un trato similar y enseñarles habilidades de afrontamiento similares. El uso de técnicas para ayudar a los niños a normalizarse en la escuela los beneficiará en el desarrollo de su autoestima.

En cuanto al rol de los profesionales de la salud Bradford (1997) menciona que los niños con problemas crónicos requieren intervenciones que involucren tanto el tratamiento médico como el psicológico.

Pless, Power, Peckham (1993 en Jackson and Vessey, 2000) mencionan que debido a que los niños con enfermedades crónicas tienen un alto porcentaje de problemas psicosociales, su atención debe ser puesta en su salud emocional y mental. El crecimiento es difícil y la incidencia de violencia, abuso de sustancias, depresión, suicidio y otros riesgos continúan incrementándose entre estos niños. Los niños con condiciones crónicas, en especial aquellos con una autoestima dañada, pueden ser particularmente vulnerables, aunque las investigaciones encontradas al respecto son controversiales. De acuerdo con Gartstein, Noll y Vannatta (2000 en Kern y Moreno, 2007), muchos niños que sufren de enfermedades crónicas demuestran capacidad de superación y adaptación positiva a la experiencia

Por su parte Aley (2002 en Kern y Moreno, 2007) refiere que el objetivo del trabajo de los profesionales de salud es ayudar al niño enfermo a tener un desarrollo razonable dentro de las limitaciones impuestas por su condición y no sólo atender a su enfermedad.

Los esfuerzos proactivos para prevenir problemas de salud mentales, incluyen: 1) alentar experiencias de vida alentadoras, 2) mejorar las habilidades de afrontamiento y adaptativas, 3) ayudar a los niños a empoderarse, 4) expandir sus redes de soporte social, 5) coordinar la atención (Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; en Jackson and Vessey,

2000). Es importante mencionar que la severidad de la condición, el individualismo del niño y las redes de soporte social, influyen en los resultados de desarrollo del niño.

Bradford (1997) habla de diferentes aproximaciones en el tratamiento con los niños que padecen enfermedades crónicas, dentro de ellas se encuentran: psicología de la salud pediátrica y teoría de sistemas. La primera se describe como el agregado de contribuciones educacionales, científica y profesional de la disciplina de psicología que promueve y mantiene la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y sus funciones relacionadas, así como el análisis y mejora de los sistemas de cuidado de salud y la formulación de políticas de la salud (Division of Health Psychology, quoted by Roberts, 1985; en Bradford, 1997).

La teoría de sistemas provee una estructura en la que se comienza a explicar el impacto de la enfermedad crónica en los niños y sus familias, y los factores que influyen en éste proceso. Según Hoffman (1981 en Bradford, 1997) las claves principales fundamentales a ésta aproximación son: los sistemas son compuestos de la interrelación de sus partes, en cambio en una parte es asociado con el cambio en los otros, el sistema mantiene un estado regular de balanza (homeostasis), los sistemas mantienen una balanza entre los periodos de cambio y estabilidad.

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) refieren la importancia de valorar los recursos de la familia, de la comunidad o apoyo social con que cuenta; valorar la relación entre la familia y los profesionales de la salud; identificar necesidades de intervención específica en la familia; así como identificar áreas potenciales de prevención de enfermedad crónica degenerativa en las siguientes generaciones de la familia y a la par lograr identificar estilos saludables dentro de la familia.

Pérez, Mercado y Espinosa (2011) mencionan que:

- El profesional de la salud deberá realizar una intervención de tipo multidisciplinaria.
- Es importante incluir intervenciones en el ámbito de la psico educación en relación al manejo de la enfermedad ó de la prevención y que tenga una repercusión en mejorar la calidad de vida no solo del propio paciente identificado, sino de su familia en conjunto.
- Estudiar el problema clínico y psicosocial en el contexto familiar analizando las repercusiones de la enfermedad crónica o como recurso para su manejo.

Por su parte Well-Halpern, Debray y Pericchi (en Lebovici y Weil Halpern, 2006) refieren la importancia del acompañamiento de los diferentes especialistas a los padres (médicos, psicólogos y psicoterapeutas

especialistas), así también de la sutileza al dar información sobre la condición médica del niño, al considerar que la naturaleza de las palabras dichas para anunciar, son igualmente determinadas en la manera en que el niño será asumido por los suyos y en que podrá desarrollarse él mismo como un individuo íntegro.

Roizen, Figueroa y et. (2007) refieren que las tendencias actuales marcan un cambio en el modelo de atención para los niños con enfermedades crónicas, fundado en el reconocimiento de las necesidades especiales de atención que la afección de su salud genera. Las metas de este nuevo modelo son brindar una atención accesible, continua y coordinada, centrada en el niño y su familia, sobre la base de los recursos de la comunidad de cada niño y favorecer prácticas adecuadas a sus necesidades y culturalmente competentes.

Trabajar por un enfoque positivo relacionado con la promoción de la salud es posible según Junqueira y Deslandes (2003 en Kern y Moreno, 2007). Reafirmar la importancia de la autoestima en niños y adolescentes, divulgar sus derechos, respetar su propio cuerpo, reforzar el diálogo y la tolerancia en la familia son trabajos de prevención primaria que pueden ser realizados con niños y adolescentes que pasan por adversidades de distintos tipos.

2.3.6 Hidrocefalia

Definición

Hidrocefalia significa “agua en la cabeza” y se refiere a la dilatación de los ventrículos cerebrales. El término hidrocefalia es antiguo, a pesar de esto, poco se ha escrito en relación a las consecuencias de esta patología y la creencia de que la colección de agua en el cerebro y cráneo producía un agrandamiento de la cavidad craneal prevaleció hasta 1725, cuando Vesalio demostró que la hidrocefalia producía un agrandamiento del sistema ventricular, sin aparente acumulación del líquido fuera del cerebro. (en Espaillat y Gaviria, 2000).

Raimondi, 1998, ReKate, (1997; en Jackson and Vessey, 2000) mencionan que la hidrocefalia es una condición que resulta de un desbalance entre la producción y absorción del líquido cefalorraquídeo, (LCR) llevando a un aumento en el volumen de LCR intracraneal, la ampliación del sistema ventricular y aumento de la presión intracraneal (PIC).

La hidrocefalia según Ralmondy (en Mora, 2001) es el aumento de presión del líquido cefalorraquídeo dentro del sistema ventricular, resultando en un aumento de la presión intracraneal. La incidencia de la hidrocefalia congénita es de 3 casos por 100 mil nacidos vivos, se implantan 80 de 100 válvulas por año en los países en desarrollo.

Características y problemas asociados

Aunque los síntomas y signos de la hidrocefalia varían dependiendo de su causa, hay manifestaciones comunes asociadas con el incremento del volumen del LCR y PIC, la presencia o ausencia de un cráneo expandible y el volumen cerebral determinan la severidad de los síntomas. Algunos síntomas comunes son dolor de cabeza, náusea, vomito y cambios de personalidad (irritabilidad, letargo y pérdida del interés en actividades diarias).

Algunos de los problemas asociados son oculares, por la presión del nervio óptico, la mirada limitada hacia arriba, paresia del músculo extra ocular, y edema de papila; algunos presentan problemas en habilidades motoras, estas varían desde severas paraplegias a un desequilibrio leve o debilidad; otro problema asociado son los intelectuales, aproximadamente un 30% de los niños con hidrocefalia tienen un IQ normal y el 60% está integrado en escuelas normales; dificultades en la comprensión de la lectura, escritura, matemáticas y atención son aéreas comunes de preocupación; otro problema asociado son las convulsiones que pueden ser simples o complejas, parciales o generalizadas, la hidrocefalia adquirida está más asociada con convulsiones. Los mecanismos por los que la dilatación ventricular provoca alteraciones motoras no están todavía bien definidos. Una de las hipótesis más aceptadas es que la dilatación ventricular compromete las conexiones eferentes del córtex motor que conducen los impulsos motores a las extremidades inferiores. Esto se debe a un posible compromiso de la sustancia blanca periventricular que rodea a las astas frontales distendidas. Las alteraciones metabólicas y el edema cerebral hidrostático son también mecanismos patogénicos que se han relacionado con los síntomas motores en este tipo de pacientes. (Poca, Sahuquillo, Mataró; 2001)

Mora (2001) refiere que las manifestaciones clínicas en niños incluyen el incremento desproporcionado del perímetro cefálico por arriba de los percentiles normales de crecimiento, tensión persistente de las fontanelas, ojos en sol naciente, vómitos y alteraciones respiratorias.

Espaillet y Gaviria (2000) refiere que a pesar del amplio espectro de síntomas que pueden observarse en una hidrocefalia progresiva, y que reflejan las áreas del cerebro comprometidas, la tríada clásica de disturbio motor, demencia e incontinencia, caracteriza el cuadro clínico. Entre los problemas motores, las alteraciones en la marcha son las más características y prominentes.

Causas y tipos de hidrocefalia

Espaillet y Gaviria (2000) mencionan que pueden clasificarse en obstructiva y no obstructivas, las obstructivas se subdividen a su vez en comunicantes (cuando existe un flujo libre a través y hacia afuera del sistema

ventricular pero con obstrucción del flujo del líquido céfalo raquídeo hacia arriba a lo largo de los canales subaracnoideos hacia el área del seno sagital y no comunicantes (si existe una lesión obstruyendo la salida ventricular del líquido cefalorraquídeo). Las hidrocefalias no obstructivas se refieren al agrandamiento del sistema ventricular secundario a cambios atrofiados del tejido cerebral /y raramente por sobre producción del líquido cefalorraquídeo).

Barcovish (1995 en Jackson and Vessey, 2000) refiere que la hidrocefalia puede ser clasificada en congénita o adquirida, comunicada o incomunicada, e intra o extra ventricular. La obstrucción más común es congénita como resultado de una infección perinatal. La hidrocefalia comunicada puede ocurrir como resultado de una infección sistema nervioso central, tumores, trauma, malformaciones arteriovenosas en niños mayores.

Ramos, Millán y García (2010) refieren que la hidrocefalia representa un grupo diverso de entidades clínicas, más que una entidad patológica única las cuales tienen en común la presencia de dilatación ventricular, por lo general acompañado de hipertensión intracraneal (HIC), esto a su vez resultado del desequilibrio entre la producción y absorción de líquido cefalorraquídeo (LCR).

En un estudio realizado por Villegas, Brun y Arequipa, (2006) se observó que en niños menores de 13 años la mortalidad encontrada de pacientes que fueron internados con el diagnóstico clínico de hidrocefalia fue del 10.5%. La hidrocefalia es más frecuente en el sexo masculino con más del 50% de casos en recién nacidos y lactantes menores. La causa más frecuente de hidrocefalia fue la hidrocefalia congénita idiopática no pudiendo identificarse el factor responsable en la mayoría de los casos en un 33%, el mielomeningocele con cifras inferiores a las reportadas por otros autores. La meningitis tuberculosa representa el 14% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis meníngea, la cuarta causa de hidrocefalia es la meningitis bacteriana. Las complicaciones secundarias a la derivación ventrículo peritoneal fueron las fallas mecánicas de la derivación valvular y las infecciosas. La mortalidad en pacientes con hidrocefalia fue secundaria a la patología de base.

Ramos, Millán y García (2010) en un estudio realizado en México refieren que la incidencia es difícil de establecer dado que esta patología se encuentra asociada en un gran porcentaje a otras alteraciones congénitas o adquiridas, por lo que en la mayoría de los casos se maneja como una complicación más que como una patología de base. Se ha determinado la disminución o incapacidad en la absorción de LCR por parte de las vellosidades y granulaciones subaracnoideas como la etiología principal de hidrocefalia no importando el mecanismo por el cual esta función se vea afectada, reportándose sólo en un 0.5% de todos los casos por una producción excesiva de LCR (*papilomas de plexos coroides*). Podemos mencionar algunos factores causales relacionados a una absorción defectuosa de LCR de origen congénito tales como desnutrición materna, toxinas,

infecciones (bacterias, virus como el citomegalovirus y toxoplasmosis). Patologías adquiridas (hemorragia intracraneal siendo las más importantes la intraventricular y subaracnoidea, trauma, infecciones como la cisticercosis, tumores) y malformaciones congénitas (malformación de Arnold-Chiari, agenesia del cuerpo calloso, hipoplasia cerebelosa, malformación de Dandy-Walker y malformaciones corticales entre otras)

Rey, Ríos, Ibarra y Olivás (2005) refieren que la hidrocefalia tiene múltiples causas, cuando es ligada al cromosoma X es la forma hereditaria más frecuente y corresponde al 2-5% de las hidrocefalias congénitas.^{3,4} Su transmisión es recesiva ligada al cromosoma X, ocurre en un 50% en fetos masculinos y su pronóstico neurológico es muy pobre. Se caracteriza por ventriculomegalia, y retraso mental grave; son frecuentes los pulgares aductos e hipoplásicos, que se observan en el 25-50% de los casos, y se piensa que es secundario a un defecto del desarrollo y pérdida de la función del tendón extensor. También se ha asociado con paraplejía espástica, agenesia del cuerpo calloso y del septo pelúcido. La estenosis del acueducto de Silvio no está presente siempre, actualmente se considera que es una consecuencia y no una causa.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia va directo a restaurar el fluido del LCR, removiendo la obstrucción o creando un nuevo camino para el LCR; éste último por lo general implica la colocación de un catéter ventricular o derivación para desviar el flujo del LCR a la cavidad peritoneal de absorción. Si la cavidad peritoneal no es apropiada para la colocación del tubo distal, ya sea debido a una malformación abdominal, cirugía, infección o absorción inadecuada, la derivación puede ser colocada en la aurícula del corazón o al espacio pleural. (en Poca, Sahuquillo, Mataró; 2001)

Livingston, Chumas (2001) en una investigación de Reino Unido, refieren que entre el 50 y 55% de los niños con hidrocefalia valvulada presentaran CI mayores a 80 con las habilidades verbales mayores que las no verbales. La presencia de epilepsia también es un factor importante: el 66% de los niños sin epilepsia presentaran un CI mayor de 90 comparado con el 24% de los niños con epilepsia. En general, el 60% concurrirá a una escuela normal y el 40% requerirá una escolaridad especial. Mencionan que el tratamiento de los niños con hidrocefalia está lejos de ser perfecto. Un comienzo en la mejoría del tratamiento sería el desarrollo de una válvula que sea realmente fisiológica y una prueba simple que determine la capacidad absorbente natural del paciente.

Rivas, Martínez, Ochoa y Sola (2007) refieren que el manejo de la hidrocefalia secundaria a hemorragia en el prematuro continúa planteando serios problemas en cuanto al mejor protocolo de tratamiento. Valorando

los artículos publicados, el mejor tratamiento se consigue con los drenajes ventriculares. La probabilidad de precisar un sistema derivativo definitivo es del 65% de los casos. Las terapias combinadas de drenaje, irrigación y tratamientos fibrinolítico pueden ser una solución, sin olvidar la agresividad de la técnica y sus riesgos. El tratamiento definitivo es la implantación de una derivación ventrículo peritoneal. El momento más adecuado para realizar esta intervención es cuando el neonato supere los 1.500g tenga más de cinco semanas de vida y el líquido presente unas proteínas inferiores a 200mg/dL

Mora (2001) refiere que los avances de la medicina y la neurocirugía en los últimos años ha permitido ir más allá de lo que algún día se antojaba de ciencia ficción; la instalación de un sistema de derivación del líquido cefalorraquídeo realizada en un ser humano antes de nacer, es decir in útero. Dicho procedimiento se realizó con éxito por primera vez en México y Latinoamérica por el Dr. José de la Cruz en el centro médico nacional la raza.

Pronóstico

Las proporciones de morbilidad y mortalidad son variables y determinadas por la causa de la hidrocefalia, el número y tipo de infecciones “shunt”, las complicaciones quirúrgicas, el ambiente y factores sociales. Los cuidadores primarios deben recordar que los niños con hidrocefalia se encuentran todavía en riesgo de la morbilidad y la mortalidad temprana después de años de un progreso excelente y funcionamiento de la derivación. La detección temprana y tratamiento de la disfunción de la derivación y las complicaciones pueden reducir la morbilidad y la mortalidad (en Poca, Sahuquillo, Mataró; 2001)

Rivas, Martínez, Ochoa y Sola (2007) refieren que según Murphy y col. (2002) un 90% de los niños con hidrocefalia poshemorragia presentan alguna discapacidad motora, en un 76% es moderada y en un 56% grave. Muchos estudios refieren un desarrollo neurológico normal en niños con hemorragia intraventricular, porcentaje que oscila entre el 6 y 29%. En un estudio realizado por Resch y col. (1996; en Rivas, Martínez y Sola, 2007) se observa que un 25% de los niños presentan un desarrollo normal a la edad de 5 años. No encuentran diferencias entre los resultados valorados al año y a los 5 años. El 70% de los niños con hemorragia del alto grado muestran graves alteraciones, mientras que en los grados II-III el porcentaje disminuye el 37%. Para estos autores los factores edad gestacional superior a 30 semanas, peso al nacer superior a 1.500g y colocación de la derivación después de las 6 semanas, tienen mejor pronóstico, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas.

Mora (2001) coincide que el pronóstico de la hidrocefalia fetal depende más de la severidad de las anomalías asociadas que del tamaño ventricular per-se.

Espailat y Gaviria (2000) menciona que entre los factores de mejor pronóstico, todavía en investigación, están: la duración de los síntomas antes de la cirugía (menos de 6 meses), los disturbios en la marcha antes que la demencia, un mejoramiento transitorio de los síntomas, antes del procedimiento, con la extracción del líquido cefalorraquídeo con punción lumbar y la ausencia de enfermedad vascular significativa.

Repercusiones psicológicas

Los niños con hidrocefalia pueden presentar alteraciones en la conducta, como cambios temporales de humor y conducta; el interés en actividades normales puede disminuir, se puede desarrollar letargo e irritabilidad. Los cambios de conducta o en las habilidades motoras pueden ser síntomas de un mal funcionamiento de la derivación “shunt”. También se han descrito alteraciones de la atención y concentración, desorientación temporal y espacial, desorganización del grafismo (escritura y dibujo), enlentecimiento y una alteración más específica de las funciones frontales o ejecutivas. El deterioro cognitivo conduce a una dependencia progresiva y variable para las actividades de la vida diaria. El patrón conductual de los pacientes con HCA (Hidrocefalia crónica del adulto) viene dominado por una falta de espontaneidad e iniciativa, bradipsiquia, apatía, indiferencia y trastornos de la concentración y fácil distractibilidad. Un aspecto a considerar es que las alteraciones descritas pueden presentar fluctuaciones muy marcadas. En estadios finales del síndrome, el paciente puede presentar una situación similar a la del estado vegetativo o incluso un estado de mutismo acinético. Con cierta frecuencia, los pacientes presentan un síndrome depresivo reactivo a la pérdida de capacidades que puede enmascarar e incluso confundir el cuadro clínico de la HCA. Distintos autores han descrito también patología psiquiátrica (esquizofrenia, manía depresión) asociada a la HCA. A pesar de que algunos autores han objetivado cierta mejoría en la sintomatología psicótica después de la colocación de una derivación de LCR, no se ha demostrado de forma clara la relación etiológica entre la HCA y la esquizofrenia o la manía. En nuestra experiencia (resultados no publicados), la colocación de una derivación de LCR en cuatro pacientes con una esquizofrenia y en un paciente con una psicosis maníaco-depresiva condicionó una importante mejoría en las alteraciones de la marcha y en el control de esfínteres de todos los pacientes, sin que se observaran sin embargo, cambios clínicamente relevantes en los síntomas psicóticos. (en Poca, Sahuquillo, Mataró; 2001)

Espailat y Gaviria (2000) refieren que la gran variabilidad en las habilidades intelectuales en dichos pacientes sugieren otras influencias independientes del componente hidrocefálico, como la etiológica de la hidrocefalia, severidad, edad de presentación, sexo (los varones tienen un curso más favorable que las mujeres) así como también la presencia y la naturaleza de las anormalidades asociadas (verbigracia, espina bífida). La inteligencia del paciente y de los padres también podría ser considerada.

Con todo lo antes mencionado se concluye que las pérdidas múltiples, poco frecuentes y diferentes a las implicadas en las distintas etapas del desarrollo (p.e. destete, adolescencia) tienen una repercusión importante en el niño. Este se encuentra en una situación de riesgo y vulnerabilidad para cumplir con las distintas tareas correspondientes a cada fase del desarrollo, especialmente cuando hay una pérdida física, debido a una enfermedad crónica o discapacidad. Debido a ello es de suma importancia que se conozcan las reacciones del niño de acuerdo a su edad, su concepto de pérdida y muerte, así también que se cumplan las necesidades del niño en duelo, reciba apoyo familiar o/y psicológico, evitando así dificultades mayores en el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional.

En el caso que se presentará en este trabajo, el paciente M sufre de una pérdida física al presentar hidrocefalia congénita, la cual afortunadamente se encuentra controlada y no ha sido necesario introducir la válvula, tiene un coeficiente normal, aunque tiene dificultades en cuestiones motrices y perceptuales. Además de dicha pérdida, M pierde a su padre por suicidio a los 8 meses, desencadenándose con esto la deprivación afectiva por parte de la madre hacia el paciente. Existen diversos factores que han contribuido al duelo complicado de M, pero antes de profundizar en ello es importante indagar sobre el duelo en niños y factores involucrados en el duelo patológico, expuesto en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3: DUELO EN LA INFANCIA

3.1 Definición

Existen diferentes definiciones del duelo, algunas se contradicen y otras concuerdan en algunos puntos, por ejemplo Engel (en Gómez 2007) argumenta que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por otro lado, Vicente, C. A. (2009) refiere que el duelo es, una reacción natural, esperable y necesaria tras una pérdida, no una enfermedad. Autores como Neymeyer (2002) resaltan el rol activo de los dolientes ante el proceso, considera que el duelo es algo que hacemos, y no algo que nos hacen.

Bowlby (1986) reporta que se ha considerado útil emplear el término duelo en un sentido amplio, con el fin de abarcar diversas reacciones a la pérdida de un ser querido, incluyendo aquellas que dan lugar a un resultado patológico y asimismo las consecutivas a una pérdida acontecida en la temprana infancia. La ventaja de este uso del término es que resulta posible vincular entre sí cierto número de procesos y estados que se han demostrado están interrelacionados de manera similar a como el término inflamación es utilizado en la fisiología y patología para unir entre sí diversos procesos, algunos de los cuales conducen a una solución sana, mientras que otros resultan anómalos y dan lugar a estados patológicos. Otro modo de usar el término es restringir el vocablo duelo para una determinada forma de reacción a la pérdida: aquella en la que el objeto perdido es gradualmente decatectizado por el prolongado y doloroso esfuerzo de recordar y de comprobar la realidad. Un riesgo de tal uso, sin embargo, es que puede dar lugar a expectativas de lo que ha de ser un duelo “sano” y que difieran por completo de lo que realmente vemos que sucede en muchas personas. Por otra parte, si se prefiere un uso más restringido, nos enfrentamos con la necesidad de hallar y quizá de crear, si hemos de analizar de manera fructífera estas cuestiones, que contenemos con algún vocablo adecuado con el que referimos a toda la serie de procesos que se generan cuando se soporta la pérdida de un ser querido. En tal caso considera útil y pertinente el término de aflicción ya que ha sido empleado por destacados psicoanalistas de un modo bastante amplio y no cabe duda de que niños de muy corta edad se afligen también.

Tizón (2004) señala que el duelo suele aplicarse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado, sin embargo ya Freud había descrito el duelo como “la reacción habitual a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar: la patria, un ideal, la libertad, etc”. Tizón (2007) entiende el duelo como el conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras la pérdida: Fenómenos no sólo psicológicos (procesos de duelo) sino psicosociales, sociales, antropológicos (el “luto”) e incluso económicos. El duelo, desde un

punto de vista psicoanalítico más clásico, es relevante para la personalidad porque afecta a la estructura y relaciones internas del mundo interno, del mundo de los objetos internos. Cualquier tipo de afectación importante de uno de los objetos significativos, y no sólo por pérdida, sino también por desengaños, traiciones, desilusiones, etc., hace que ese objeto interno cambie en nuestro interior, sí, pero también que cambien sus relaciones con el resto de los objetos internos.

Payás (2010) define el duelo como la pérdida de la relación, la pérdida del contacto con el otro, que rompe el contacto con uno mismo, refiere que es una experiencia de fragmentación de identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no sólo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos, a nuestras cogniciones, creencias y presuposiciones y a nuestro mundo interno existencial o espiritual. Refiere que el duelo es el proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la vivencia difícil y a veces traumática de la muerte de un ser querido y que puede conducir a la persona afectada a experimentar una transformación profunda, como proceso de crecimiento, se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad.

Vicente (2009) considera que la experiencia de duelo (enfrentarse al fallecimiento de un ser querido), es siempre una tarea difícil, tanto para el adulto como para el niño. Sin embargo, los niños tradicionalmente han sido considerados meras víctimas, apartándolos de los cauces de participación de los rituales de duelo de los adultos y de la sociedad en general, en un afán de protegerles del dolor. Hasta hace relativamente poco tiempo, no se les ha reconocido como personas con derechos y con un papel activo y protagonista en su desarrollo. Hoy en día, sabemos que los niños reaccionan y sufren ante las pérdidas y que lo hacen de una manera peculiar que los diferencia de los adultos. Los niños son más vulnerables debido a su menor capacidad para comprender lo sucedido y a sus limitaciones para expresar lo que sienten. Los menores como se verá más adelante, tienen una manera muy propia de entender la realidad y de otorgar un significado al mundo que les rodea. Por este motivo, en los últimos años, la preocupación por educar a los niños en una didáctica de la muerte, desde los niveles de educación infantil está cobrando especial importancia. En esta línea, se ha empezado a plantear la necesidad de incorporar el aprendizaje de la pérdida dentro del curriculum escolar, dotando a profesores y orientadores de herramientas psicopedagógicas específicas.

Desde el enfoque planteado por Vicente (2009), los familiares y los adultos cercanos al menor, al igual que los profesores, también juegan un papel fundamental en el proceso de aprendizaje de la pérdida y de su elaboración por parte de los niños y adolescentes, pudiendo actuar como importante fuente de apoyo donde

compartir sus emociones y de la cual extraer significado de la experiencia vivida. Se dará énfasis en lo antes mencionado conforme avanza el presente capítulo, no sin antes abordar las diferentes perspectivas teóricas al estudiar el duelo.

3.2 Perspectivas teóricas

Tizón (2007) hace referencia a diversos modelos psicoanalíticos:

El modelo freudiano: define el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción. Y que “la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista del objeto hacia el narcisismo. La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor. Pero la melancolía contiene algo más que el duelo normal. La relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto con la ambivalencia”. Los fenómenos fundamentales del duelo para Sigmund Freud consistirían en: 1) un profundo y doloroso abatimiento; 2) una retirada del interés por el mundo externo; 3) la pérdida de la capacidad de amar; y 4) una inhibición de toda actividad (Freud, 1917). Ya los primeros analistas añadieron la identificación con el objeto perdido como quinto elemento del modelo psicoanalítico inicial: este cambio del yo según el modelo del objeto perdido es entendido por Abraham (1924, en Tizón, 2007) como una forma de preservar la relación con ese objeto perdido. El sexto elemento de la caracterización del modelo psicoanalítico clásico del duelo fue aportado por Helen Deutsch (1937 en Tizón, 2007) cuando señaló que la ausencia de aflicción es indicativo y /o predictor de psicopatología. Por último, otro componente fundamental del duelo, según la perspectiva psicoanalítica es la ambivalencia, Freud establece que la elaboración del duelo sólo es total cuando mentalmente el sujeto ha resuelto los afectos contrapuestos (de amor y de odio) que siempre nos unen a las personas queridas. Cuando pasan a predominar los recuerdos y los afectos de vinculación, psicosexuales en un sentido amplio. Cabe señalar que Freud creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, melancolía y en el cual las relaciones con otros, con los objetos, son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo: cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo se pierde no sólo el objeto externo y (parcialmente) el objeto interno, sino que se pierde asimismo una parte del yo, del mundo interno de la estructura personal.

Ana Freud define el duelo sano como el esfuerzo exitoso de un individuo por aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y que también él debe realizar los cambios correspondientes en su mundo interno y en su mundo externo. Todo ello implica importantes esfuerzos tanto internos, intra psíquicos; se trata de un trabajo complejo y costoso que pone a prueba toda la organización mental, toda la estructuración

mental del sujeto: pone a prueba su yo y su self (su sentido y estructura de sujeto). De ahí que se discuta tanto si los niños, con un yo y un self aún inmaduros y no estructurados, pueden soportar sin prejuicio duradero uno y otro tipo de duelos. De igual forma, si los duelos que se acumulan o duelos importantes que inciden en un yo frágil, no supondrían importantes trabas para el futuro de la estructuración mental y psicosocial e incluso neuro endócrino inmunitaria del sujeto. (en Tizón, 2007)

Woetman y Silver (1989, en Tizón, 2007) publicaron una amplia revisión de la literatura sobre el duelo que hoy sigue siendo de gran utilidad. Como resultado de su estudio, señalaron la falta de apoyo en la literatura psicoanalítica para cinco de las asunciones psicoanalíticas fundamentales en este ámbito. Y se trata, sin embargo, de cinco asunciones centrales en el modelo psicoanalítico del duelo. En cuanto a la primera asunción, los estudios interculturales han mostrado que hay grandes diferencias en la intensidad de los afectos y en la duración del duelo entre diversas sociedades. Ello parece significar una refutación o, cuando poco una relativización de la primera asunción del modelo psicoanalítico del duelo. En cuanto a la segunda asunción se encuentra la idea de que la inhibición de la expresión, o disociación de la misma tras la pérdida, es un predictor de psicopatología posterior. Se trata de una aseveración que ha sido contestada, particularmente por la investigación cognitivo conductual. En cuanto a la importancia de la aflicción y del doloroso trabajo de duelo (tercera asunción psicoanalítica clásica), hay investigadores que aportan la idea de que tal vez no sean reacciones universales, ni tan siquiera en los duelos por personas queridas, y que tal vez no sean las respuestas adaptativas óptimas en algunas pérdidas. En cuanto al retorno al funcionamiento interpersonal previo a la pérdida (cuarta asunción), la investigación reciente afirma que hay casos en los cuales, a pesar de que el resultado de la elaboración sea favorable, ese retorno, ese completamiento del trabajo del duelo y los procesos de duelo, pueden tardar más de lo esperado, años incluso, son que ello signifique forzosamente una elaboración alterada del duelo. Numerosos estudios encuentran que el duelo normal puede conllevar años de aflicción y conflictos en cuestiones básicas a propósito de la pérdida.

El modelo kleniano: una de las principales aportaciones de M Klein al estudio del duelo y los procesos de elaboración radica en su insistencia acerca de que cada duelo reaviva la ambivalencia “residual” nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Elaborar un duelo importante supone siempre un intento de reelaboración de los duelos primigenios, de nuestras formas de separarnos de nuestros objetos primordiales; implica una auténtica revolución en nuestro mundo interno. La oscilación entre posición esquizoparanoide y posición depresiva, común a lo largo de toda la vida, pero básica en los primeros meses del bebé, con sus correlatos de intensa frustración y rabia e intensa necesidad y amor hacia la madre o sustituto, se reaviva con mayor o menor agudeza

según la historia anterior, la personalidad o el tipo de pérdida. Otra de las aportaciones al estudio de los procesos de duelo es su mayor insistencia en la importancia de las emociones y sentimientos vividos durante el duelo: odio, culpa, amor, ira, duda, temor, etc. En particular, los temores persecutorios provocados por el duelo. Cada duelo importante implica la reviviscencia de fantasmas conscientes e inconscientes fundamentales del individuo. Otro aspecto importante en el modelo es que a diferencia de Freud, Klein refiere que no basta con la introyección del objeto amado en el yo para la reconstrucción del mundo interno: la revolución afecta a todos los objetos internos fundamentales y a las relaciones entre ellos; el temor a perderlo todo (lo bueno interno) actúa como un reforzador de tal proceso. El temor a perder todos los objetos internos buenos en la turbulencia afectiva del duelo, es lo que lleva a la necesidad de reconstruir el mundo interno como totalidad. Si el duelo no es muy grave o no despierta conflictos u ambivalencias graves, una elaboración del duelo suficiente supone una vivencia del mismo dominante en posición depresiva o de reparación. Ello presupone a su vez que el sujeto ha podido elaborar al menos mínimamente en su vida afectiva la posición depresiva y desde luego, las primeras posiciones depresivas, vinculadas a la relación con la figura materna y la triangulación originaria. Es decir, que ha podido llegar a una percepción de objeto total de sus cuidadores primigenios. Que ha llegado a percibir que la buena madre y la mala madre, como el buen padre y el mal padre, son una sola y misma persona, aunque con capacidades y actitudes variables. El sujeto que ha llegado a ese desarrollo de sus capacidades relacionales, ante las experiencias penosas, dolorosas o frustrantes logrará recuperarse tarde o temprano en la mayoría de los casos, apoyándose en los diferentes niveles o medios para la contención. Para Klein el duelo se diferencia de la depresión que posee un objeto intrapsíquico: la recuperación o reparación de los objetos internos dañados. Es el correlato mental, intra psíquico de los procesos adaptativos que todo duelo supone: hay que evitar perder, perder demasiado, perdersnos con la pérdida. La perspectiva Kleniana nos permite entender con mayor discernimiento y profundidad, por ejemplo, las reacciones de los niños ante las separaciones. Aunque puede hablarse de las reacciones y ansiedades ante la separación ya en los niños de entre 6 y 3 años de edad, la edad, y sobre todo, las formas mediante las cuales se hacen patentes esos fenómenos dependen enormemente de la cultura y de los ciudadanos parentales. En cualquier caso, cuando un niño pequeño pasa una semana o más sin recibir los cuidados del otro cuidador, manifiesta la conducta de aparente desapego. El tema de las posiciones es fundamental para encarar una perspectiva clínica de los procesos de duelo y trastorno mental. Una persona que vive o vivió las pérdidas y conflictos fundamentales en posición esquizoparanoide, va a tender a negar, disociar o proyectar las pérdidas futuras, a menos que se le proporcione un medio adecuado, prudente, favorecedor de tales procesos. Klein llamó defensas psicóticas: denegación, proyección e identificación proyectiva masiva, escisión o disociación, idealización, control omnipotente del objeto. Cuando el uso de tales defensas es excesivo, en cuanto a frecuencia masividad, la elaboración del duelo se dificulta (en Tizón, 2007).

El modelo de apego: John Bowlby, como consecuencia de sus estudios sobre múltiples fuentes (y, en particular, sus amplias revisiones de observaciones y estudios sobre la pérdida afectiva en niños, jóvenes, viudos y voluntarios, humanos y animales), postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva, protesta, desesperanza y desapego o más completamente, aflicción y protesta, desesperanza y desapego o depresión. Es otra vía teórica psicoanalítica para la conceptualización del duelo y de los procesos elaborativos, hoy ya no tan solo psicoanalítica. La teoría del apego o de la vinculación también influye en el conjunto de la psiquiatría actual como uno de los paradigmas fundamentales, incluso en el campo experimental. (en Tizón, 2007).

El modelo constructivista: dentro de este modelo se encuentra Neymeyer (2002) quien considera que la adaptación a la pérdida traumática incluye un proceso de confrontación y exploración de las preocupaciones, que van a permitir construir nuevos significados sobre la muerte del ser querido: creencias anteriores van a ser sacudidas mientras emergen otras nuevas como en un proceso continuo de negociar y re negociar nuevos sentidos. El proceso es mal adaptativo si la persona en duelo no puede explorar ni articular su continua reconstrucción de la historia de la relación con el fallecido. Dicho autor propone que “el duelo es algo que hacemos, y no algo que nos hacen”, estimulando el rol activo de los dolientes ante el proceso, también apunta que los síntomas de duelo no son más que señales de los esfuerzos para encontrar nuevos significados.

El modelo cognitivo conductual: Parkes (1975) utiliza también un modelo cognitivo para explicar el duelo. Plantea el duelo como un periodo de "transición psicosocial" que llevaría a la persona a revisar y modificar su mundo interno de presunciones. En la propuesta de tratamiento que plantea Parkes (1983) expone que uno de los principios fundamentales para el éxito de la terapia es que el terapeuta sea capaz de suministrar al paciente una "base segura", es decir que el paciente se sienta aceptado y respetado. Propone que el deudo dé soluciones creativas a sus emociones de culpa, ira y para la aflicción crónica. En el caso de que existieran importantes signos físicos de ansiedad estaría indicada la utilización del entrenamiento en técnicas de relajación o autocontrol respiratorio. En caso de negación del duelo, se fomentará el empleo de objetos del fallecido que atraigan los recuerdos. El abordaje del duelo, desde el punto de vista de la terapia cognitivo-conductual, también se centra fundamentalmente en el duelo patológico. Para este tipo de terapia, el duelo patológico se va a caracterizar por un estado de tristeza que persiste más de un año o por la intensidad de los sentimientos experimentados. Se consideraría, por tanto, un cuadro depresivo relacionado con un suceso estresante como sería la muerte de un ser querido. En las entrevistas iniciales se realizaría un análisis de las conductas problemas (cogniciones, sentimientos, emociones y respuestas fisiológicas, conductas motoras), los antecedentes y consecuentes, evaluación de los recursos de enfrentamientos a los problemas y de los factores de protección que pudiéramos potenciar. Se formularía una hipótesis del origen y mantenimiento de los problemas principales y se

elegirían y definirían los objetivos terapéuticos. Durante el desarrollo de la terapia se aplican distintas técnicas de intervención según los objetivos (reestructuración cognitiva, asignación de tareas graduales). En los últimos años se ha desarrollado el tratamiento de exposición, como técnica de elección o complementaria, en la pena mórbida. La aplicación de la exposición en el duelo se basa en que las reacciones anómalas se mantienen por la evitación de los sentimientos dolorosos causados por la pérdida de la persona querida. El objetivo de la exposición es hacer revivir al paciente deliberadamente la mayor parte posible de las experiencias relacionadas con la persona fallecida (en Gutiérrez, Horteiga y Benítez, 2001).

Modelo humanista: cuyas bases filosóficas beben del existencialismo, la fenomenología, el humanismo clásico y socialista y el humanismo francés moderno. Entre ellas destacan la psicoterapia gestáltica, la terapia centrada en el cliente (Rogers), la programación neuro-lingüística, el enfoque sistémico y las escuelas alternativas al psicoanálisis clásico (psicoterapia transpersonal, bioenergética, análisis transaccional y análisis jungiano). Según estas vertientes, además de considerar los aspectos intrapsíquicos y culturales hacia la muerte y los moribundos, afirman que la identidad de la persona vendrá determinada socialmente y se creará, se mantendrá o cambiará en función de las interacciones con personas significativas (sistemas). El duelo llevará a profundos cambios sociales, incluyendo posición social, estatus y roles. Para estos autores el duelo debería entenderse como una "crisis de la identidad fenomenológica". Como ya hemos dicho en otro apartado, para las corrientes existencialistas, que siguen a Heidegger, el duelo sería la consecuencia de la vivencia de la ansiedad existencial, entendida ésta como la posibilidad de no ser. Estas escuelas trabajan al mismo tiempo el aspecto intelectual, emocional y la adquisición de nuevas habilidades para llegar a una etapa final de mayor profundidad de conocimiento y dominio propio donde se reinvierte la energía del deudo de una forma nueva. (en Gutiérrez, Horteiga y Benítez, 2001)

Mardi Horowitz (en Payás, 2010) vincula la teoría psicoanalítica, explicando cómo el trauma supone una conmoción en el self, que debe responder desarrollando estrategias defensivas. En un intento de formular un modelo de afrontamiento de situaciones de trauma más completo, este autor propone una descripción detallada sobre cómo se desarrolla el procesamiento de la información traumática, para lo que toma conceptos de la teoría cognitiva del estrés y les añade el elemento del control emocional. Su propuesta parece extensible a situaciones de duelo: un acontecimiento estresante, como es la muerte de un ser querido, llega en forma de mala noticia; esta información, que debe ser procesada neurológicamente en el cerebro de la persona, es discordante con el esquema mental preexistente: "No me podía imaginar que algo así me podía pasar a mí", y cuestiona el mundo interno en el que vivía la persona hasta el momento, por lo que para su procesamiento debe tener lugar un proceso de adaptación o revisión. Esta discrepancia entre la interpretación del evento y el mapa cognitivo

preexistente estimula emociones difíciles como la culpa, el miedo, la tristeza o la rabia, que pueden estar relacionadas con experiencias pasadas conscientes o inconscientes de la persona. Las emociones, según el autor, funcionan activando la atención y haciendo que ésta se focalice en el problema para poder reconciliar las incongruencias entre la mala noticia y los esquemas preexistentes. Una vez que se ha producido esta reconciliación, mediante una revisión del mapa cognitivo o esquema previo de conocimiento, la persona reduce las alarmas emocionales y puede pasar a prestar atención a otros temas. La idea de los mecanismos de defensa para el control de las emociones para Mardi Horowitz van más allá, proponiendo una redefinición y clasificación de esos procesos de control defensivo. Según el autor, estos mecanismos pueden clasificarse en: *a) mecanismos de inhibición del contenido*: por ejemplo, el sujeto minimiza la importancia del evento o lo niega. Si la decisión de minimizar es consciente, hablaríamos de supresión; si es una inhibición inconsciente, se llamaría represión; *b) mecanismos de inhibición del tópico*: por ejemplo, desviar el foco de la atención o distorsionar el contenido mental, o anticipar el suceso; en este caso, la persona anticipa con palabras o imágenes la escena de la posible situación difícil con su posible desenlace e impacto, lo que le permite graduar el nivel emocional cuando el acontecimiento tiene lugar; *c) alteración de los esquemas personales*: por ejemplo, la persona construye unos esquemas mentales más competentes respecto a la posibilidad de trauma, incluyendo la posibilidad de la pérdida en su manera de conceptualizar el mundo y las relaciones, con lo cual el impacto emocional será mucho menor y se facilita así el proceso de adaptación.

Los modelos de afrontamiento proporcionan tres aportaciones importantes al duelo en las que se presta atención al contexto donde éste tiene lugar, según Payás (2010):

- La pérdida de un ser querido, como evento estresante, se produce en un marco de factores personales y situacionales que van a influir en cómo se desarrolla el proceso de elaboración.
- Las respuestas de afrontamiento y otras estrategias asociadas son formas de manejar la integración de la experiencia pérdida, y son independientes de los resultados.
- Hay una relación causa-efecto entre los tres elementos: evento estresante, tipo de afrontamiento, resultado del proceso de adaptación.

El modelo integrado de procesamiento emocional cognitivo describe el duelo como un proceso dinámico en el que las distintas respuestas de afrontamiento a las que el doliente recurre para manejar el sufrimiento y adaptarse a la situación va emergiendo y disolviéndose, siendo sustituidas unas por otras, a medida que el proceso avanza. Las formas creativas que la persona despliega para enfrentarse a la pérdida de un ser querido se dan secuencialmente, configurando distintos momentos en que suceden en el tiempo y que tienen una función procesual adaptativa determinada. Una forma de referirse al contenido funcional de las respuestas de

afrontamiento es la idea de “Tareas/necesidades de duelo” a las que las hipótesis del procesamiento emocional cognitivo otorga una temporalización. Estas tareas corresponden a unas necesidades psicológicas, biológicas, emocionales y relacionales específicas que la persona en duelo debe ir abordando y resolviendo y que, en su conjunto, contribuirán a que se dé como punto final del duelo esta transformación personal. (Payás 2010)

3.3 Proceso de duelo

Es importante establecer la diferencia entre proceso de duelo y elaboración de duelo, al respecto Tizón (2007) considera proceso de duelo al conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida, es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor: de ahí el término proceso, para hacer hincapié en que se trata de un complejo cronológico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamiento, de relaciones, etc. En cuanto a los procesos de elaboración, los define como el conjunto de actividades cognitivas, emocionales y relacionales con las que los seres humanos intentan realizar las adaptaciones, reorganizaciones y transiciones psicosociales necesarias para sobrevivir y desarrollarse ante los cambios vitales, las pérdidas y traumas.

Todo proceso de duelo implicará una reviviscencia de numerosos afectos o emociones primitivas, puede suponer una sorpresa y tiende a reforzar, como poco, el auténtico sufrimiento mental y tal vez, los afectos de asco, disgusto, la persona en duelo, como ya vimos en el capítulo anterior experimenta momentos de ira y, por supuesto, de tristeza. Puede hallarse emocionalmente dominada por el temor, por ejemplo, ante el futuro, o bien por el temor más o menos fantástico a la retaliación. O por la culpa más o menos persecutoria que el duelo despierta. Determinadas pérdidas que afectan al sí mismo (en sus aspectos corporales, mentales, psicosociales o sexuales) implican importantes sentimientos de vergüenza. En todo duelo, y en especial por muerte o enfermedad de allegados, se siente, más o menos conscientemente la culpa. Podemos incluso llegar a sentir celos y envidia por lo que otros tienen y nosotros no, por las cualidades, personas u objetos de los cuales nosotros no podremos (ya) disfrutar, etc. A otro nivel sin embargo, una elaboración adecuada y progresiva del duelo va a suponer una forma diferente de obtener placer más relacional, más vinculada a los otros; una revalorización en el mundo interno del sentimiento de tristeza, de la melancolía; una mayor capacidad para expresar ternura; una mayor tendencia a expresar la humildad, en la medida en la cual los duelos asumidos significan una limitación de la omnipotencia y el egocentrismo. Por otra parte la elaboración adecuada de los duelos supone siempre un aumento de una función emocional fundamental: la confianza (en los otros, los demás, el objeto y en nuestro propios self, o en los aspectos bondadosos de nuestro sí mismo). (Tizón, 2007)

Tizón (2007) resalta que en los procesos de duelo se pueden dar otras formas de responder ante las pérdidas, en especial si las circunstancias desde la primera infancia así lo favorecen, si determinada carga genética así lo favorece, o bien si el ambiente no deja otro recurso, el individuo (o el grupo) pueden dejarse llevar por las defensas maníacas. La pena por el dolor causado al objeto tiene tanto que ver con el amor que se le profesa como con la necesidad que tenemos de él. El anhelo y la nostalgia por lo perdido impulsan al niño a recrear, al menos en su realidad interna, aquello que ha perdido, ha roto, ha hecho pedazos. Le impulsan a reconstruir lo destruido, a recrear y crear. Gracias a la estructuración progresiva del yo, no será necesario utilizar mecanismos de defensa muy opuestos a la realidad externa: la represión desplazará a la escisión y, en general, los mecanismos de defensa neuróticos (aislamiento, formación reactiva, desplazamiento, intelectualización, racionalización, somatización) a los mecanismos de defensa psicóticos.

En cuanto al proceso de duelo en los niños, Vicente (2009) lo define como las reacciones emocionales que experimenta el niño, desde la negación, indiferencia, ira, tristeza, las cuales considera reacciones normales ante unos cambios significativos de la experiencia vital.

Cabe señalar que los procesos de duelo en los niños difieren de los de los adultos al menos por: (Tizón, 2004)

- La fragilidad o no integración de sus defensas: la diferenciación entre fantasía y realidad (entre realidad interna y realidad externa) es en los niños incierta y oscilante, en parte porque las defensas frente al dolor y al conflicto mentales se hallan poco desarrolladas, aún predominan las fantasías ansiedades y defensas psicóticas primitivas, sobre las neuróticas, más adaptativas. Por eso un niño en edad preescolar puede sentir que el hermano ha muerto por su culpa, por el mal que le deseó o le hizo en ocasiones, fundamentalmente en su pensamiento, en la fantasía. Ayudar a esa diferenciación en el tema de la pérdida es otro de los servicios que puede proporcionar que el niño participe en los ritos funerarios o en los diversos rituales ante la pérdida, en la medida de sus capacidades de comprensión. Si se excluye al niño de todos los rituales, se deja que sólo su fantasía cree el espacio para el duelo, y, como es sabido, a menudo la fantasía es mucho más terrorífica que las peores realidades, en especial en los niños afligidos o con problemas. Como en los adultos, el que la realidad externa, el mundo del trabajo, del hogar, de las relaciones siga funcionando, con sus rutinas y sus repercusiones cronológicas, suele ayudar a que la pérdida vaya ocupando su lugar, a olvidar recordando, son “defensas externas” que apoyan a las “defensas internas”: pueden ayudar a base de contener emocionalmente. De ahí la importancia de que el hogar no se desorganice ante la pérdida, aunque sea gracias a la colaboración de otros familiares o amigos, como habitualmente se hace en otras culturas y hasta hace poco decenios en la nuestra.

- Su necesidad de los objetos realmente presentes, además de los objetos más o menos introyectados, internalizados, es lo que hace más grave, irreparable, profundo, doloroso y peligroso el duelo en los niños
- Su desarrollo cognitivo: aunque los niños pueden experimentar profundas emociones ante la pérdida, no poseen suficiente experiencia y recursos cognitivos para comprender plenamente lo sucedido. La capacidad de entender la pérdida y la muerte en el niño depende de ese desarrollo cognitivo y de sus experiencias anteriores. Una forma de calibrar sus capacidades de comprensión y elaboración es animándole a hacer preguntas y respondiéndole en términos plenamente inteligibles para él. Los adultos frecuentemente hablan a los niños de los duelos y las muertes de forma velada y figurada. Pero a menudo tienen poco en cuenta que las separaciones mentales de los niños, sobre todo antes de los 8-9 años, están dominadas por el pensamiento concreto y las operaciones concretas.
- Su inmadurez afectiva: en los niños, la alternancia de afectos que compone las primeras fases de todo duelo suele ser, si cabe, más señalada que en los adultos. Los niños no pueden tolerar durante mucho tiempo un dolor intenso, por lo cual suelen alternar los periodos de tristeza y llanto con la risa, el juego incluso la hiperactividad. Luego un suceso aparentemente trivial, o solo idiosincrásicamente relacionado con la pérdida., puede volver a poner en marcha los recuerdos y la tristeza.
- Sus modos de expresión particulares. Como muy bien comprendieron las primeras psicoanalistas de niños y en especial Klein, el juego es el medio natural de expresión de los niños. Los niños juegan con lo que los adultos o reflexionan o discuten. Lo que puede parecer un juego raro, reiterativo o sin demasiado sentido, tal vez sea en realidad un serio esfuerzo por parte del niño para comprender, para elaborar y para aceptar. Gabaldón (2006) señala que los niños en duelo no reaccionan como los adultos, tienden a expresar su tristeza más con el cuerpo y el comportamiento que con las palabras, y se manifiestan principalmente en el hogar y el colegio.

A manera de conclusión con respecto a los procesos de duelo en los niños se retoma lo mencionado por Tizón (2007): “La expresión de los procesos de duelo, se hallará marcada por los modos biopsicológicos, orgánicos y sociales del individuo, así como por sus conflictos idiosincrásicos y elaboraciones básicas. En definitiva los niños vivirán y expresarán sus procesos de duelo y sus procesos elaborativos de forma diferente a los adultos, los jóvenes de forma diferente a los adultos y estos de forma diferente a los ancianos”.

3.4 Duelo normal y elaboración del duelo en la infancia

Antes de hablar del duelo normal y la elaboración del duelo en la infancia, es importante saber que existe controversia en cuanto a la concepción del duelo en los niños, algunos consideran que las reacciones ante el

duelo en niños son siempre patológicas, al considerar que es demasiado débil y poco desarrollado para tolerar el esfuerzo del trabajo del duelo; otros investigadores subrayan la posibilidad de que si al niño se le proporciona ayuda, contención y funciones emocionales para la elaboración del trabajo del duelo, y en particular, si se le proporciona un sustituto real y/o simbólico de lo perdido, podrá realizar un duelo sano, una elaboración si no completa, sí al menos suficiente (para la vida, para las relaciones, para la salud mental) del mismo. (Bowlby, 1993; Tizón, 2004). Otra de las controversias se refiere a la naturaleza de las respuestas a la muerte de un progenitor durante el primero o el segundo año de vida. Tiene que ver, entre otras cosas, con el problema de determinar en qué momento del desarrollo un niño se hace capaz de conservar una imagen de su madre ausente. Esto plantea interrogantes acerca del desarrollo cognitivo y también del desarrollo socioemocional, haciendo referencia a los conceptos de permanencia de la persona y constancia del objeto libidinal. (Bowlby, 1993).

Muchos profesionales están de acuerdo en que la habilidad para afrontar el duelo es adquirida en la infancia conforme van madurando las funciones del yo. Pero existen frecuentes contradicciones y debate entre los profesionales sobre cuándo adquiere el niño esta capacidad. Por un lado Wolfenstein (1966 en Bowlby 1993) cree que la capacidad para afrontar el duelo no es adquirida hasta la adolescencia cuando la persona está completamente diferenciada. Por otro lado Bowlby (1993) postula que el infante, puede experimentar reacciones de duelo desde los 6 meses, asemejándose a los adultos. Otra posición es la de Furman (1964, en Bowlby, 1993) quien postula que la capacidad de afrontar el duelo es alrededor de los 3 años ½ a los 4 años de edad. A pesar de las discrepancias, la mayoría está de acuerdo que el niño ha logrado una representación mental coherente de sus figuras importantes de apego, como sus padres así como la constancia de objeto para que el duelo se produzca. La mayoría de los niños desarrollan estas capacidades alrededor de los 3 a 4 años de edad.

Tizón (2004) refiere que los datos clínicos, observacionales y experimentales que hoy poseemos hablan a favor de que los niños pueden:

- a) Experimentar procesos de duelo
- b) Aunque con características diferenciales con respecto a los adultos, es decir, con respecto a los individuos con sus sistemas biológicos, mentales y sociales desarrollados y,
- c) Adecuadamente contenidos y ayudados, pueden conseguir incluso elaborar duelos complejos y pérdidas importantes

Si se tuviera que matizar estas afirmaciones, desde el punto de vista psicoanalítico se diría que los duelos afectan más a los niños y pueden incluso crear vulnerabilidades posteriores porque inciden en un ser cuyas defensas, cuyo yo, no están completamente desarrollados e integrados. Desde otro punto de vista diríamos que

se trata de seres que no han podido desarrollar aún completamente sus estrategias de afrontamiento. (Tizón, 2004)

Una vez revisado la controversia en cuanto a la concepción del duelo y concluyendo que los niños presentan mayor vulnerabilidad que los adultos, ante las pérdidas, se procederá a hablar del duelo normal o también llamado duelo sano en niños. Cabe señalar que Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010) refieren que la mayoría de las personas experimentan la muerte de un ser querido en algún momento de su infancia. En EUA aproximadamente el 4% de los niños (hasta los 18) en las ciudades del oeste experimentan la muerte de un padre, que es considerado uno de los eventos más estresantes según Yamamoto et al. (1996).

Al respecto del duelo sano, Bowlby (1993) señala que los que han examinado la naturaleza de los procesos que intervienen en el duelo sano concuerdan en que provocan, por lo menos en cierta medida, un retiro de la catexia emotiva de la persona perdida y pueden preparar el camino para una relación con otra persona. Sin embargo, el modo en que concebimos el logro de este cambio depende de nuestra manera de conceptualizar los vínculos afectivos.

Vicente (2009) considera que aunque el proceso completo de elaboración de la muerte puede durar un año o más, a los pocos meses la mayoría de los niños que siguen un proceso normal de duelo son capaces de cumplir con las siguientes tareas:

1. Aceptar la realidad y permanencia de la muerte
2. Poder hacer frente a la amplia gama de reacciones emocionales de duelo, como tristeza, ira, culpa, etc.
3. Adaptarse a los cambios que supone la pérdida en su vida, y reconocer que estos cambios y su nueva identidad son resultado de la muerte del ser querido
4. Establecer nuevas relaciones o estrechar los lazos que ya tenían con familiares y amigos
5. Invertir tiempo en nuevas relaciones y actividades placenteras
6. Mantener una relación simbólica con el ser querido al recordar los momentos vividos junto a él, disfrutar al pensar en él, etc.
7. Dar significado a la muerte, para tratar de entender por qué murió
8. Avanzar en las etapas normales de su desarrollo desde la niñez hasta la adolescencia

Es importante señalar que para superar el dolor de la muerte y el de su proceso, se le debe encarar. No evitar. Enfrentarse al dolor es sufrirlo, cierto, pero sólo así podremos dominarlo y derrotarlo. Quienes tratan de huir ante los problemas de la vida no se capacitan para vivir. Y esto es válido para los niños, ya que ellos son

simplemente personas y nada más. No podemos, ni debemos ahorrarles ni, menos aún, bloquearles el dolor de la muerte. (Gómez, 2007)

ELABORACIÓN DEL DUELO

Freud (1917) describe la elaboración del duelo como un trabajo realizado por el yo del sujeto para adaptarse a la pérdida de lo amado, trabajo en el que el sujeto empelará grandes necesidades de tiempo y energía psíquica.

Por su parte Tizón (2007) entiende la elaboración del duelo como la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto. Ello supone, a la larga, la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, la reorientación de la actividad mental y la recomposición del mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales): cada duelo, y más ante pérdidas personalmente importantes, implica toda una modificación de nuestros significados. Y este es un elemento fundamental de los procesos de duelo: posiblemente, el que les confiere mayor valor por la vida individual y comunitaria, pues proporciona el motor para los necesarios cambios de significaciones que dan lugar al crecimiento neurológico, endocrino-inmunitario, psicológico y social.

En un principio Bowlby (1986) consideraba que la secuencia de respuestas como (protesta, desesperación y desapego) resulta con diversas variantes, característica de todas las formas de duelo. Refiere que consecutivamente a una pérdida inesperada parece darse siempre una fase de protesta durante la cual, la persona desolada aspira, bien en la realidad, bien en sus pensamientos y sentimientos, a recuperar a la persona perdida y reprocha su deserción. Durante esta fase y la siguiente de desesperación, los sentimientos son ambivalentes, mientras que el estado de ánimo y la acción varían desde una inmediata expectativa expresada a través de una airada exigencia que retome la persona en cuestión, hasta una desesperación que se expresa en un suave anhelo, o que incluso no se manifiesta en absoluto. Aunque las alternativas de esperanza y desesperación pueden proseguir durante mucho tiempo, a la larga se desarrolla cierto grado de desapego emocional respecto a la persona perdida. Tras haber estado sometido a desorganización durante la fase de desesperación, el comportamiento se reorganiza en esta fase, sobre la base representada por la ausencia permanente de la persona. Aunque este cuadro de duelo no patológico no es en general familiar a los psiquiatras y psicólogos, los datos demostrativos son innegables.

Bowlby (1986) añadió una importante primera fase, que es por lo general bastante breve. Las que anteriormente fueron numeradas como fases 1 (protesta) ,2 (desesperación) y 3 (desapego) han sido por tanto reenumeradas como fases 2, 3 y 4. Las cuatro fases ahora reconocidas son las siguientes:

1. Fase de embotamiento, que dura habitualmente entre algunas horas y una semana y que puede ser interrumpida por descargas de aflicción o de ansiedad extremadamente intensas.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida, que dura varios meses y con frecuencia, años. Al cabo de unos días o de una o dos semanas de la pérdida sufrida, tiene lugar un cambio y la persona afectada comienza, aunque tan sólo esporádicamente, a darse plena cuenta de la realidad: esto ocasiona crisis de intensa desesperación (ira) y llanto. Al mismo tiempo existe gran desasosiego, preocupación con recuerdos de la persona que se ha perdido, combinados con frecuencia con una sensación de que está aún presente y una marcada tendencia a interpretar señales o sonidos como indicando que el ser querido ha vuelto de nuevo. Muchas de las características de la segunda fase de duelo han de ser consideradas, no sólo como aspectos de pesar, sino también de la búsqueda efectiva de la figura perdida.
3. Fase de desorganización y desesperación.
4. Fase de un grado mayor o menor de reorganización

Bowlby (1986) refiere que la función de la ira parece consistir en proporcionar vigor a los arduos esfuerzos realizados, tanto para recuperar a la persona perdida como para disuadirla de desertar de nuevo, que son características de la primera fase de duelo. Tan sólo después de haber realizado todos los esfuerzos posibles para recuperar a la persona perdida, está en la disposición parece ser de ánimo precisa para admitir su derrota y orientarse de nuevo hacia un mundo que acepta que la persona amada está perdida para siempre. La protesta, incluyendo una airada exigencia de que la persona retorne y los reproches contra ella por su deserción, constituye tanto parte de la respuesta adulta a la pérdida, sobre todo a la pérdida súbita, como de la respuesta por parte de un niño de corta edad.

La primera fase de protesta, la ira y el resentimiento es más visible en unos niños que en otros; depende del tipo y circunstancia de la pérdida y del carácter e incluso del temperamento del niño. (Tizón, 2004)

Otro de los autores que menciona fases o momentos de duelo es Tizón (2007), dicho autor establece un modelo de duelo basado en la pérdida de los progenitores dando lugar a “los momentos de duelo”. Refiere que naturalmente el prototipo y el inicio de los primeros duelos es el que acaece en el infante de días y meses cada vez que la madre deseada o los aspectos deseados de la madre (objetos parciales) no acuden a subvenir sus necesidades: necesidad de ternura y acogimiento físico, necesidades del hambre y sed, necesidad de ser movido,

etc. Por tanto, las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan ya desde los primeros momentos de la vida.

Algunas observaciones de Ainsworth, Lamb y otros (1996, en Tizón, 2004) que se han hecho a lo largo de diferentes duelos en niños pueden esquematizarse en la siguiente forma:

I. Ante la pérdida de una figura de apego fundamental, de forma sostenida o con amenaza de serlo, la primera reacción conductual del niño normal y normalmente atendido, suele ser un llanto más o menos furioso, acompañado de acciones más o menos agresivas: golpea la puerta por la que el padre se fue, las paredes, diversos objetos, se golpea a sí mismo mientras protesta.

II. Si el progenitor no vuelve, poco a poco este llanto violento va dejando paso a un llanto más suave pero más continuo, que comunica más directamente la pena, la tristeza, la nostalgia. Si el niño ya puede hablar, tal vez nos pregunte el porqué la marcha de su objeto amado, cuando volverá, si él ha tenido algo que ver con que el progenitor se fuera.

III. Si el abandono es suficientemente prolongado y no adecuadamente sustituido, se va instaurando una tristeza “espesa”, continua, que a veces se entremezcla con momentos de ira y de desapego total por el mundo. El niño está desesperando, des esperanzando. Su esperanza y su confianza básicas se están viendo socavadas por el abandono, excesivo para sus capacidades de autocontención. Igual ocurre con los deudos de alguien que ha muerto, indudablemente, el muerto no volverá, así que tarde o temprano la protesta deja paso al dolor, a la pena y a la certeza de lo irreparable de la pérdida. El dolor por lo perdido alterará nuestra relación con los demás y nuestra confianza en la vida en general, en orden de ésta, en nuestras posibilidades de futuro. Es la desesperanza.

IV. Bowlby (en Tizón, 2004) señala que si los padres no regresan, si el niño se pasa días o semanas abandonado por ellos y sin una sustitución adecuada, el des-apego se instaura en toda su actitud vital y relacional. El vínculo se ha mostrado tan frustrante que el niño (o el bebé) puede romper, incluso activamente, todos los demás vínculos. Pasará horas y horas en un rincón, tal vez agarrado a un objeto inanimado, rechazará activamente los acercamientos de los demás, rechazará incluso a sus padres cuando vuelvan. Puede decirse que ha pasado a un período de desapego. Ha conocido ya a su edad la depresión en forma de esa sensación de abandono, por un lado inmerecido y por otro, al menos en la fantasía, culposo. La situación ha derrumbado, tal vez provisionalmente, todo su mundo interno; ha socavado, al menos provisionalmente, su fantasía básica de confianza. En los niños, la inseguridad que esto conlleva suele manifestarse muy directamente en regresiones más o menos aparatosas en sus comportamientos psicomotores, relacionales, escolares, etc.

Lo antes mencionado, en cuanto al duelo en la infancia, se resumen a continuación:

(Tizón, 2004)

I. Impacto crisis: Desorientación, confusión, ansiedad, etc.

II. Aflicción, “turbulencia afectiva” por el ser querido

IIa. Pena, aflicción, anhelo, añoranza; es la agresión al servicio de mantener la unión con el ser querido

IIb. Protesta, ira, resentimiento; pero el niño puede reaccionar contra él y sus sustitutos y contra los supuestos causantes de la pérdida (sobre todo, los causantes en la fantasía).

III. Desesperanza, se hace apático, retraído, pierde temporalmente la esperanza y confianza en el amor de la madre y el mundo.

IV. Elaboración/desapego

IVa. Elaboración, aceptación, reorganización, etc. Va recuperándose a nivel emocional, cognitivo, relacional, etc.

IVb. Des-apego, depresión. Se inhibe total o sectorialmente, de las conductas de vinculación al ser querido. Evolución hacia la psicopatología.

Tizón (2007) señala que tanto en el segundo momento como en el tercero, el sujeto en duelo puede sentirse invadido por oleadas de ansiedades de diversos tipos, en especial por ansiedades paranoides y por ansiedades depresivas y reparatorias, incluso tal vez pueda llegar a sentirse dominado por auténticas ansiedades confusionales, sobre todo si la pérdida ha sido compleja y brusca. Sólo tras la contención de los sentimientos del segundo y tercer momento pueden ir predominando las ansiedades reparatorias, las ansiedades y el sufrimiento mental provocados por una visión más realista, más adaptativa a la pérdida interna y externa y a lo que ella suponen y supondrán para nosotros.

En la fase de pena y desesperanza reversibles el trabajo psicológico consiente e inconsciente que hace predominar la pena, la tristeza y la añoranza sobre la culpa, el temor y, tal vez, la desesperanza irreversible, es una de las tareas emocionales más difíciles de este largo tercer momento o fase. Llega un momento en el cual puede vivir sin los recuerdos del muerto, que puede hacerse una idea del futuro sin lo perdido. Se puede fantasear y pensar ya activamente en la recuperación de las relaciones externas y en la reconstrucción de nuestras nuevas relaciones con el mundo externo. En la cuarta fase (recuperación o desapego) aparece la vía por la cual el duelo se va elaborando progresivamente, lo cual supone al menos tres fenómenos intra psíquicos relevantes: el primero donde esas emociones y recuerdos del período de aflicción intensa pueden tolerarse ya en la mente y en las relaciones sin disociaciones o rigideces excesivas. El segundo, que pueden emprenderse

actividades en el mundo externo contando con la ausencia del objeto; lo perdido ya no es indispensable para seguir viviendo, se reconoce la necesidad de hacer nuevos intentos por desempeñar roles y adquirir nuevas habilidades, que hay que aprender a caminar sin (el muerto/lo perdido/ lo no ganado /la ilusión perdida). El tercer fenómeno es la base fundamental de los otros dos: son posibles porque el objeto interno que representaba a lo perdido ha cambiado de composición, importancia y posición en el mundo interno pero sin necesidad de negar o marginar su importancia anterior y futura. (Tizón, 2007)

Tizón (2007) resalta las tareas del duelo en cada una de las fases:

1. Impacto, crisis: aceptar la realidad de la pérdida
2. Aflicción (y turbulencia afectiva): soportar y trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
3. Pena y desesperanza reversibles: readaptación al medio contando con la ausencia del objeto
4. Recuperación y desapego: reubicación del objeto (interno), olvidar recordando.

Por su parte Worden (1996) considera cuatro tareas de duelo en los niños que los llevan a la adaptación de la pérdida, el concepto de tareas se refiere a que, a través de su completa elaboración, mediante un trabajo activo, el niño puede llegar a superar el duelo:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida, los niños deberán creer que el fallecido ha muerto y no regresará. Para ello se requiere que el niño comprenda la naturaleza de abstracciones como finalidad e irreversibilidad, este emerge cuando el niño desarrolla un pensamiento operacional. Los niños más pequeños tienen dificultad para comprender esto, por lo que es importante hablarle de la muerte de una forma que sea precisa y apropiada para su lenguaje, es necesario que se le repita varias veces la información. Las respuestas claras a las preguntas que hacen los niños son fundamentales para que ellos logren afrontar la pérdida.

Tarea 2: Experimentar el dolor o aspectos emocionales de la pérdida, los afectos experimentados por los niños son similares a los adultos, ellos pueden expresar tristeza, enojo, culpa, ansiedad y otros sentimientos asociados a la pérdida. La habilidad del niño para procesar el dolor se verá influida por la experiencia que observe en los adultos en su propio proceso, que resulta como un modelo para el niño.

Tarea 3: Ajustarse al ambiente donde el fallecido ya no estará. Este ajuste es determinado por los roles y relaciones que tenía el muerto en la vida del niño, así como en la vida familiar. Un aspecto del proceso de duelo incluye adaptarse a la pérdida del rol que cumplía el fallecido. Se ha visto que la muerte de la madre presenta mayores cambios en la vida del niño que la muerte del padre. Este ajuste se va logrando conforme avanza el tiempo.

Tarea 4: Recolocar a la persona muerta dentro de la vida propia y encontrar formas de recordar a la persona. Se trata de no olvidar a la persona muerta sino de encontrarle un nuevo lugar en la vida emocional del niño. Se le

puede decir al niño que la persona muere físicamente pero nosotros podemos recordarlo, permanece en nuestro corazón. El niño puede mantener la conexión al visitar la tumba del fallecido, hablar con él cuando se siente triste.

Las necesidades del duelo que aparecen en primer plano en cada etapa son características y van configurando una sucesión de tareas u objetivos que hay que ir procesando a lo largo del tiempo. Las tareas de duelo reflejan la forma concreta de atender y responder a esas necesidades y, por consiguiente, su descripción es a la vez una guía de intervención terapéutica (Payás, 2010). A continuación se describe a mayor profundidad estas etapas mencionadas en Páyas (2010) quién retoma el trabajo de Worden.

1. Aturdimiento y choque: en un primer momento: en un primer momento del duelo, la conmoción causada por la noticia de la muerte de un ser querido amenaza la capacidad reactiva de la persona, poniendo en marcha reacciones como escepticismo, confusión, aturdimiento, disociación, etc., cuya función es alterar o distorsionar el input, reprimiendo, suprimiendo o mitigando el impacto de la información sobre la realidad de la muerte del ser querido. Las tareas de aturdimiento choque mencionadas anteriormente por Worden, responden a la necesidad de preservación del ego ante la fragmentación. La confusión y los sentimientos de incredulidad cumplen una función anestésica, desempeñando el papel de filtro de la realidad, lo que permite una graduación del nivel del impacto. Este estado de aturdimiento y choque facilita, con su función de insensibilización, que los dolientes puedan responder a las demandas externas de los días inmediatamente posteriores a la muerte del ser querido. Las respuestas típicas de congelamiento o atontamiento tienen la función de permitir a las personas no entrar en contacto consciente con la experiencia traumática y, por tanto, desde esta perspectiva son adaptativas, proveen un escape temporal para reducir la sintomatología. En la tabla 3 se presenta el resumen de esta etapa:

Tabla 3. Etapa aturdimiento y choque.

Descripción general	
-	Primera reacción ante la pérdida de un ser querido
-	Estímulo excesivo para las defensas del ego
-	Pérdida de capacidad reactiva
-	Respuestas de afrontamiento muy desorganizadas
-	Desvalimiento, indefensión, impotencia, incapacitación
Función adaptativa: necesidades tareas	
-	Función anestésica, de preservación del ego
-	Manejar la sintomatología aguda
-	Dar tiempo graduado al nivel de impacto
-	Responder a las demandas urgentes producidas por la muerte
-	Elaborar los aspectos traumáticos asociados a las circunstancias de la muerte
-	Asimilar la realidad de la muerte
Respuestas de afrontamiento:	
-	Oscilación aguda inconsciente entre afrontamientos de evitación-confrontación

Continuación Tabla 3.

- Prevalencia de estrategias para la inhibición del tóxico-distorsión del input
 - Afrontamientos cognitivos/conductuales: despersonalización, disociación, incredulidad, racionalización, ocuparse de los demás, hacer de cuidador.
 - Mecanismos físicos/emocionales: euforia, agotamiento, ansiedad, miedo, apatía, insensibilidad, vacío.
-

Detención de duelo complicado sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático

- Reexperimentación intensa del trauma en el tiempo
 - Predominancia de reacciones de ansiedad, disociación o despersonalización que se fijan en el tiempo
 - Incapacidad de funcionamiento diario pérdida de trabajo y relaciones
-

Payás (2010)

2. Evitación y negación (tabla 4): pasados unos días, unas semanas o unos pocos meses, en la mayoría de las personas en duelo empiezan a prevalecer respuestas de evitación, todas ellas maniobras inconscientes generadas en el proceso emocional en un intento de eludir la magnitud del impacto. La evitación y negación refleja el intento procesual de evitar todo aquello que tiene que ver con el acontecimiento traumático, una nueva forma de protección cuya función es graduar el impacto emocional de la pérdida. Un cierto grado de evitación y negación es natural y necesario en el curso del duelo, la mayoría de las personas afectadas necesitan en estos primeros momentos protecciones psicológicas ante la intensidad del dolor, con los cuales se minimizan o reprimen aspectos relacionados con la muerte, al tiempo que se evita afrontar las consecuencias de esta realidad. Las tareas de evitación y rechazo reflejan el compromiso del organismo entre la necesidad de proteger de un sufrimiento excesivo y la necesidad de avanzar en el procesamiento de la información traumática tolerando una sintomatología necesaria.

Tabla 4. Etapa de evitación y negación.

Descripción general

- Prevalencia de mecanismos orientados a evitar el contacto con la realidad de la pérdida
 - Ausencia de representación interna simbólica del ser querido
 - Baja tolerancia al dolor asociado a la pérdida
-

Función adaptativa: necesidades tareas

- Manejar el nivel del impacto emocional: protección ante el dolor y la fragmentación
 - Preservar la continuidad del rol protector
 - Graduar la aceptación de la realidad de la muerte
 - Disolver el sistema defensivo asociado a pérdidas anteriores no resueltas
 - Revisar estilos de vinculación asociados al desarrollo evolutivo
-

Respuestas de afrontamiento:

- Prevalencia de afrontamientos de evitación:
 - Máximo nivel de distorsión, inhibición o supresión de la realidad o de su significado emocional o cognitivo.
 - Mecanismos cognitivos: momificación, sublimación, rumiaciones obsesivas, máscara de duelo.
 - Mecanismos emocionales: estados emocionales de enfado, rabia, irritabilidad, culpa
 - Mecanismos conductuales: sustituciones, distracciones, hiperactividad, adicciones aislamiento.
-

Continuación Tabla 4.

Detención de duelo complicado, duelo evitativo, pospuesto o inhibido

- Instalación en el tiempo de mecanismos de evitación rígidos
 - Aislamiento
 - Depresión, ansiedad
 - Enfermedades físicas y somatizaciones
 - Evitación de todo aquello que conecte con la realidad de la pérdida
-

Payás (2010)

3. Conexión e integración (tabla 5): si los aspectos más traumáticos y los defensivos han sido elaborados, a medida que va disminuyendo la necesidad de negación rechazo, la persona está más preparada para afrontar la realidad de la ausencia del ser querido: ya no puede negar ni evitar el dolor, ni distorsionarlo. En esta etapa se ponen en marcha respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la muerte del ser querido. El dolor, la tristeza o la culpa, hablar de la relación, abandonarse al dolor, sentir la ausencia a través del recuerdo, aceptar la realidad de lo ocurrido mediante rumiaciones productivas, utilizar rituales de conexión, visitar los lugares asociados al ser querido son algunos ejemplos de estas respuestas de conexión que permiten llevar a la conciencia aspectos de la relación con el ser fallecido y explorarlos con el objetivo de asimilar la vivencia de pérdida y dotarla de significación emocional y cognitiva. La necesidad que aparece en primer plano en esta etapa es la de realizar el trabajo de duelo que implica la reorganización del mundo interno en relación con el ser querido perdido y en relación con uno mismo.

Tabla 5. Conexión e integración.

Descripción general

- Prevalencia de mecanismos orientados a la conexión con la vinculación perdida
 - Mayor tolerancia al dolor
-

Función adaptativa: necesidades tareas

- Generar representaciones internas simbólicas de la persona fallecida
 - Mantener el vínculo vivo y reexperimentar la relación
 - Elaborar la dimensión relacional
 - Dar significación emocional y cognitivo: completar la relación y reparar los asuntos inconclusos
 - Expresar emociones naturales y vulnerabilidad
 - Estar en intimidad con la relación perdida, con uno mismo y con los demás
-

Respuestas de afrontamiento:

- Afrontamientos de confrontación o conexión
 - Expresión emocional y cognitiva integrada
 - Prevalencia de estrategias de asignación de significado emocional con mínima distorsión
 - Respuestas cognitivas: reminiscencia, rumiaciones productivas, introspección
 - Respuestas emocionales: tristeza, añoranza, gratitud y amor, perdón y reconciliación,
 - Respuestas conductuales: rituales de recuerdo, actividades transicionales de conexión.
-

Continuación Tabla 5.

Detección de duelo complicado, duelo crónico

- Ambivalencia ante el deseo de la recuperación
 - Predominancia de mecanismos de conexión rígidos y persistentes
 - Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida del trabajo y de relaciones
 - Depresión, tristeza crónica, ansiedad
 - Enfermedades físicas y somatizaciones
-

Payás (2010)

4. Crecimiento y transformación (tabla 6): una vez elaborados los aspectos más traumáticos, defensivos y relacionales del duelo, de forma progresiva va produciéndose la reorganización del mundo interno con relación al ser querido perdido, a uno mismo y a la vida en general. En un duelo elaborado, las personas deben haber ido más allá de su estado anterior y convertir esta experiencia en un crecimiento personal. La última etapa del duelo refleja esta tarea final. Incluye el trabajo de integrar la experiencia de pérdida de manera que pase a formar parte de la historia personal. Esta necesidad le permite experimentar ese ir más allá de su estado anterior y convertir el duelo en una oportunidad de cambio. La experiencia integrada sólo se da cuando el significado emerge como esfuerzo cognitivo de inhibición autoimpuesto por el terapeuta.

Tabla 6. Etapa de crecimiento y transformación.

Descripción general
<ul style="list-style-type: none">- Experimentar la transformación de la identidad- Decidir vivir en honor del ser querido- Recuperar la ilusión por la vida- Decisiones y cambios
Función adaptativa: necesidades tareas
<ul style="list-style-type: none">- Reconstrucción de significados personales- Apertura hacia uno mismo, los demás y la vida- Apertura existencial y/o espiritual trascendente- Re organización del sistema de apego- Cambios asociados a la nueva identidad
Respuestas de afrontamiento:
<ul style="list-style-type: none">- Afrontamientos de restauración- Predominio de la dimensión cognitiva- Mínima distorsión e inhibición- Búsqueda de significado acerca de lo sucedido- Planeamiento de nuevos retos- Toma de decisiones, expresión de cambios de la identidad
No resolución:
<ul style="list-style-type: none">- Respuestas defensivas autoimpuestas sin cambios de identidad- Optimismo ilusorio- Cambios negativos

Payás (2010)

Tizón (2007) resalta que los seres humanos no somos capaces de elaborar completamente las pérdidas y los duelos fundamentales de la vida. Entre otras razones, porque siempre necesitamos de otro, del objeto, para subsistir como seres humanos, como personas y como sujetos. La posibilidad de nuestra permanencia como sujetos, la estructuración y permanencia del self hay que entenderla hoy, también desde el punto de vista del psicoanálisis y la psicología contemporánea, como subsidiaria a la existencia de relaciones sujeto-objeto. Siempre hay necesidad de otro que aporte seguridades complementarias, que alimente desde fuera el mundo interno.

Tizón (2007) señala la importancia de la perspectiva Kleniana al hablar de elaboración del duelo. Refiere que existen dos momentos diferentes en todo proceso de duelo suficientemente elaborado, un momento (o varios) en los que se vive el duelo en posición esquizoparanoide y momentos en los que predominan en el duelo los momentos o vivencias den posición depresiva y reparatoria Según la perspectiva de Klein la elaboración es posible porque, en relación con el objeto y el self dañado, están sobreponiéndose las fantasías y emociones que tienen que ver con la reparación (culpa, nostalgia, esperanza, confianza, ternura, etc.), predominando sobre las funciones emocionales proyectivas (ira, desconfianza, rencor, celos, protesta, desesperanza, proyección etc.) y los recuerdos y vivencias persecutorias. Por tanto, elaborar el duelo significa, desde esta perspectiva, pasar a vivirlo en posición reparatoria: en nuestra mente y en nuestra conducta va predominando las actividades reparatorias hacia el objeto y sus sustitutos, reales o simbólicos. Klein (1950, en Tizón 2007) dice: “en el duelo de un sujeto, la pena por la pérdida real de la persona amada está en gran parte aumentada, según pienso, por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos internos – buenos”. Se siente así que dominan los objetos “malos” y que el mundo interno se halla en peligro de desgarrarse. Sabemos que en el sujeto en duelo, la pérdida de la persona amada le conduce al impulso de reinstalar en el yo ese objeto amado perdido Desde el punto de vista de Tizón (2007), no sólo acoge dentro de sí a la persona que ha perdido (la reincorpora) sino que también reinstala sus objetos internalizados (en última instancia, sus padres amados), que se hicieron parte de su mundo interno desde las fases tempranas de su desarrollo en adelante. Siempre que se experimenta una pérdida de una persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva entonces la posición depresiva temprana junto con sus ansiedades, culpas, sentimientos de pérdida y de dolor, derivados de la situación frente al pecho.

Según Tizón (2007) desde la perspectiva kleniana, en los primeros momentos del duelo es natural que predominen sentimientos de aniquilación, inhibición, rabia, ira, así como mecanismos de defensa psicóticos (escisión, de negación, idealización, identificación proyectiva masiva), pues corresponden a vivencias de la pérdida en posición esquizoparanoide. En varios momentos, a lo largo de todo duelo importante, existirán

regresiones a vivencias y mecanismos propios de la posición esquizoparanoide. Pero tarde o temprano, si el duelo se va elaborando, irá predominando la vivencia de la pérdida en posición reparatoria: se podrían vivenciar y recordar no sólo las cualidades idealizadas del objeto perdido (idealizadas en sentido positivo o negativo, como alguien “tan, tan bueno” o como alguien “tan terrible”. Se sufriría sobre todo ya no tanto por la pérdida del objeto, por los solos que nos deja, por las culpas persecutorias que sentimos por lo que no hicimos con él o por él, sino pudiéndole aceptar esos defectos, conflictos u omisiones tanto en él como en nuestra relación con él. En este segundo periodo los mecanismos de defensa neuróticos: represión, desplazamiento, formación reactiva, racionalización, intelectualización, somatización, idealización, etc., son utilizados para lidiar con las ansiedades aún no elaboradas. Se va recuperando la confianza, la esperanza, la contención y, con ellas, la capacidad de amar, pensar, reflexionar, crear, etc. Se recrea y re fundamenta en nuestro mundo interior la fantasía básica de confianza, pues no sólo hemos podido superar esa pérdida, sino que el sí mismo queda enriquecido con esa capacidad de hacerlo, es decir, hemos podido percibir una nueva experiencia de nuestras capacidades internas. Por grave que haya sido la pérdida, si el self está suficientemente integrado y el medio resulta lo suficientemente protector, junto con los sentimientos y fantasías de culpa van surgiendo las fantasías y actitudes reparatorias: el niño o el adulto lamentan sus errores, insuficiencias o maldades y preparan, al menos en la fantasía, lo mejor para el otro, para el objeto, para la madre. Y no sólo en la fantasía, incluso en niños menores de un año son ya visibles esas actitudes reparatorias. A menudo tras una rabieta, mientras aún “se empapa de lágrimas”, el niño se inclina hacia su madre para acariciarla, sonreírle, darle algún objeto en son de regalo; gracias a la reparación se pueden mitigar los sentimientos de culpa por haber dañado más o menos voluntariamente al objeto amado. El duelo por lo perdido, puede hacerse creador y enriquecedor: se aprecia lo que se pierde, sus buenas cualidades y uno intenta mantenerlas dentro junto con la propia experiencia: la consecuencia evolutiva es que puedan ayudar a reparar, a mejorar lo anteriormente equivocado. No se trata de olvidar, sino de recordar para poder olvidar creadoramente. Toda reelaboración de una experiencia psicológica va a consistir en esa oscilación entre la integración depresiva (con culpa reparatoria, gratitud y deseos de reparar y crear) y una posición esquizoparanoide (con proyección, de negación, idealización, celos, envidia, ataques al vínculo, sentimiento de vacío, voracidad, etc.).

Otra característica del concepto kleniano y postkleniano de elaboración, con numerosas aplicaciones clínicas, que resalta Tizón (2007) es el enfoque de la elaboración como contraria a la actuación o incontinencia de la ansiedad, una idea también procedente de Freud. Elaborar un conflicto significa poder contenerlo suficientemente en nuestro interior como para experimentar en nuestro mundo interno sus diversas facetas y, en especial, cómo nos afecta profundamente a nosotros y cómo nosotros hemos participado en el desarrollo de tal conflicto: cómo hemos dañado al otro y cómo la pérdida no es sólo la consecuencia del ataque o daño

procedente de otro externo, sino que también ha sido producido por nuestro propio error, negligencia, odio o ataque envidioso o celoso. Al menos, como posibilidad y, desde luego, como fantasía una y otra vez presente en los primeros momentos de toda pérdida profundamente vivida. Por eso las fantasías de culpa, conscientes o inconscientes, existen siempre en nosotros ante cualquier pérdida o separación importante: es fácil observar esas fantasías y sentimientos en los tratamientos de niños y adultos, en las investigaciones de campo naturalísticas y antropológicas y en la observación psicoanalítica de bebés. En la perspectiva kleniana, este hecho se prolonga con la hipótesis de que, durante las primeras posiciones depresivas, reparatorias, el bebé fantasea ya que la madre se ha ido por causa de los ataques que le hemos dirigido. Por eso también dificultades importantes en la elaboración de las primeras posiciones reparatorias pueden facilitar la melancolía, la depresión grave, ante una nueva situación de pérdida de personas o cosas, en la realidad o en la fantasía. Estas observaciones y reflexiones clínicas ilustran, desde una perspectiva intra psíquica, las aportaciones de Bowlby acerca de cuan perjudicial puede ser la pérdida de la figura materna protectora y fija entre los seis meses y los seis años. Además de la falta de seguridad que su desaparición implica, tal pérdida reaviva todas las fantasías de haber dañado al objeto amado: el duelo se hace entonces difícil de elaborar. Pero además al faltar el objeto, la reparación para con él es imposible, a menos que haya un ambiente muy favorable, que ayude a la reparación en sustitutivos o símbolos. Si la sustitución del objeto amado perdido no es pronta, afectiva y permanente, fatalmente se reavivarán las ansiedades persecutorias: el niño o el bebé comienza a sentirse perseguido en profundidad por el propio interior malvado, por sus propios ataques fantaseados o reales. Comienza pues una regresión que tiende a hacerle vivir esa pérdida (y, después, cada pérdida) en posición esquizoparanoide. Incluso el destete puede ser vivido como una agresión, un rechazo, una pérdida intolerable: es fácil entender entonces como es de desgarradora una pérdida total y radical de la figura materna (una deprivación de cuidados materno) si no es adecuada y prontamente sustituida. Sin embargo, una persona que ha elaborado al menos mínimamente sus primeras posiciones “depresivas” ante una pérdida, tiende, tarde o temprano, a encontrar una vía para la reparación. Si la elaboración de los primeros duelos y, por tanto, de las primeras ansiedades “depresivas” o reparatorias es suficiente, podremos convivir con nuestra culpa hasta que se reactiven en nosotros esas fantasías y deseos reparatorios, con lo cual predominarán progresivamente las culpas reparatorias sobre las culpas persecutorias, menos elaboradas, menos interiorizadas y simbolizadas. La elaboración de un duelo importante, por tanto, incluirá una reviviscencia de las representaciones mentales asociadas a la pulsión de vinculación y aumento de captación emocional o insight.

Tizón (2007) refiere que los objetos externos de la vida adulta simbolizarán y poseerán elementos del primer objeto bueno, interno y externo, con el que nos relacionamos: la figura materna. Ello es bien visible en los duelos por “objetos maternos” tales como la “madre tierra” la “madre patria”, el hogar, la historia y la

tradición de nuestros antepasados, etc. De este modo cualquier pérdida posterior va a reavivar la ansiedad de perder ese objeto interno bueno y, con él, la integridad del yo, que se apoya, directamente en la introyección de aquél. Por ello, si la posición reparatoria no se ha elaborado suficientemente, el sujeto se halla acosado por ansiedades que difícilmente puede elaborar: se siente en exceso perseguido por la pérdida o incluso confuso, desintegrado, con temor a la aniquilación. Las experiencias repetidas de pérdida o separación no sustituida del objeto cuidante primigenio pueden sedimentar la fantasía de que dicho objeto amado no ha soportado nuestros ataques y nuestra ira, real o fantaseada. Y pueden dar lugar a la pseudo-reparación maníaca, en ella, la actividad reparatoria se realiza sin sentir la culpa. Vale la pena diferenciar la idealización y los momentos o desviaciones idealizadoras del duelo de la reparación e incluso de la pseudo-reparación maníaca. A menudo, el paso previo a la internalización de lo bueno del objeto perdido consiste en una cierta idealización del mismo, que nos ayuda a lograr esa introyección al hacernos revivir más intensamente lo bueno que la persona amada nos hizo, nos proporcionó o nos dio. Una visión menos parcial, menos idealizada del objeto perdido sólo puede conseguirse a través del recuerdo y el recordar, con las emociones que acompañan a tales procesos. Esa percepción de objeto total, sólo será posible, además, a través de la confianza y la esperanza, que crecen progresivamente. Esperanza y confianza en los demás seres u objetos que nos apoyan o apoyarán; en que lo bueno, lo amoroso, lo solidario, predominará sobre el odio, la desvinculación, lo malo, la insolidaridad. Solo así podemos ir interiorizando progresivamente una visión menos parcial, menos idealizada del objeto perdido.

La elaboración adecuada del duelo y de los duelos implica una revitalización en el mundo interno de la pulsión amorosa y lleva a una mayor dominancia en la vida mental y relacional de dicha pulsión (o conjunto de afectos vinculares sedimentados en la relación self objeto). Y al contrario: si los duelos no pueden elaborarse (por sus características, por su acumulación, o por el momento de la vida en el que acaecen), la consecuencia inmediata será un aumento de la dominancia del odio, la pulsión agresiva en la vida mental y relacional e, incluso de sus aspectos desligados de la vida autodefensa, es decir, de la destructividad humana. (Tizón 2007)

Tizón (2007) concluye que el estudio de los procesos de duelo, de las reacciones humanas ante la pérdida, hace patentes al menos dos consecuencias (que se convierten en premisas para todo el estudio del tema):

- La elaboración de la pérdida por un objeto nuclear no es nunca total: no lleva nunca a la reconstrucción del mundo interno integrando ese nuevo devenir con el objeto, sino que lleva amplias y a veces sutiles modificaciones en todas las subestructuras de la mente o la personalidad: mundo interno, sí mismo (self), yo y capacidades yoicas, pulsionalidad, conciencia moral, etc.

- La personalidad requiere no sólo de los objetos internos, sino de los objetos externos (significativos) realmente presentes. A lo largo de la vida necesitamos no sólo de la relación con los objetos internos primigenios, sino también de la relación con objetos externos realmente presentes que sostengan nuestra estructura mental y nuestra estructura de la personalidad.

Una elaboración del duelo suficiente implica siempre cierta identificación con esos momentos, recuerdos, personas y aspectos “buenos” (favorables a la maduración) que poseía lo perdido. Implica cierta reconstrucción del mundo interno conforme a esos objetos internos buenos. También, implica sentimientos de culpa (reparatoria) por haber dañado precisamente a lo que añoramos, por haber perdido oportunidades, posibilidades, momentos, etc. Esos son los elementos fundamentales del duelo reparatorio, del duelo vivido en posición reparatoria sean cuales fueren las circunstancias y el tipo de pérdida y las manifestaciones de la misma. Implica sentimientos de que podríamos haberlo hecho mejor, podríamos haber ayudado o querido más, nos hemos equivocado y, con ello, desperdiciado posibilidades. Eso es lo que hace que un duelo por una pérdida (o varias) sea un duelo normal, que, no olvidemos, significa un proceso creativo. (Tizón, 2007)

Payás (2010) concuerda con la teoría psicoanalítica de donde se deduce la idea de que el duelo no trata únicamente de la recuperación por la ausencia de la relación con el otro, sino que también incluye un trabajo de reestructuración interna que tiene que ver con la pérdida de una parte de uno mismo. También resalta que la recuperación del duelo debe incluir procesos que reflejen la fluctuación continua entre la necesidad de conectar con el mundo interno y la necesidad de conectar con lo que nos rodea, porque es sólo en este movimiento donde el sentido profundo del proceso del duelo puede hallarse.

Elaborar el duelo no significa olvidar al ser querido muerto ni eliminar el dolor. Una manera más realista y esperanzadora de enfrentarse a la pérdida implica enseñar al niño que es posible seguir teniendo presente al ser querido en nuestras vidas y ayudarle a “redefinir” su relación con él. Conversar con el niño sobre los recuerdos y momentos vividos junto al ser querido, así como realizar actos de despedida simbólica y de conmemoración familiares donde los niños puedan expresar su afecto y darle gracias por todo lo que aprendieron a su lado supone una buena estrategia para afrontar la pérdida. (Vicente, 2009)

Es importante resaltar que Tizón (2007) trata de integrar y simplificar para la asistencia los conceptos sobre el duelo desde una perspectiva psicoanalítica (donde la pérdida del objeto se desarrolla siempre en una pérdida en el self y la personalidad) y biopsicosocial, sobre todo, teniendo en cuenta que difícilmente se puede hablar de fases del duelo o incluso de procesos universales de los duelos: la complejidad y variabilidad de los fenómenos biopsicosociales que acaecen en los procesos de duelo hace que cada duelo pueda verse a varios

niveles como un proceso particularizado, con vaivenes particularizados entre sus diversos momentos, tareas, procesos, etc.

Por su parte Neymeyer (2002) menciona que la adaptación a la pérdida traumática concluye un proceso de confrontación y exploración de las preocupaciones que va a permitir construir nuevos significados sobre la muerte del ser querido: creencias anteriores van a ser sacudidas mientras emergen otras nuevas como en un proceso continuo de negociar y renegociar nuevos sentidos. El proceso es mal adaptativo si la persona en duelo no puede explorar ni articular su continua reconstrucción de la historia de la relación con el fallecido. En sus trabajos, el autor pone el acento en intentar definir hasta qué punto esta reconstrucción está afectada por factores personales, familiares y culturales, y propone varios principios o proposiciones que pueden ayudar al doliente a vivir el duelo de una manera más adaptativa y facilitar así esa restauración.

Payás (2010) considera que aunque está claro que cada persona va a mostrar variaciones en su manera de experimentar estados afectivos a lo largo del tiempo, la posibilidad de proponer una progresión, aunque sea a nivel conceptual en la elaboración del duelo, nos provee de un marco para la observación, el diagnóstico y el pronóstico que hace que el modelo en fases sea un intento de categorización muy popular entre clínicos, adoptado por muchos por su claridad conceptual. También concluye que en la elaboración del duelo los cambios en forma de nuevos esquemas, creencias, valores o conclusiones sobre uno mismo, sobre la vida y sobre las relaciones deben emerger de forma natural como consecuencia, y no como un esfuerzo mental de distorsión para reducir la sintomatología.

Cabe mencionar que en la elaboración del duelo en los niños, los adultos juegan un papel decisivo en el proceso de elaboración de la pérdida en los niños. Según Vicente (2009) para poder contribuir de manera positiva en este aprendizaje es aconsejable:

- 1- Eliminar los prejuicios. Esto implica reconocer que los menores se dan cuenta de la pérdida y son capaces de elaborar el duelo y entender la muerte, por muy pequeños que sean. Así mismo, supone tener en cuenta que los niños y adolescentes pueden experimentar un conjunto amplio de emociones, como miedo, ansiedad, ira o soledad ante la muerte de un ser querido, aunque manifiesten serias dificultades para expresar sus miedos o reconocer sus propias emociones.
- 2- Observar las respuestas del niño ante la pérdida; a veces, el propio dolor que experimentan los adultos impide que sean capaces de observar y plantarse como los niños están elaborando la pérdida. Sin embargo es importante prestar atención a cualquier señal verbal o no verbal del menor en los días y meses posteriores a la muerte para poder detectar signos de depresión o culpa y así prevenir complicaciones futuras.

3- Ser honestos. La honestidad es la clave para que el niño siga confiando en el adulto. Ser honestos supone responder a las preguntas que hagan los niños de manera objetiva, dando las explicaciones en los hechos, en lo que se sabe, en las experiencias, etc. También hacerles saber cuando no se sabe la respuesta a su pregunta, p.e ¿qué sucede cuando morimos?. Esquivar sus preguntas o responder con mentiras bondadosas lo único que puede provocar a medio plazo es un profundo sentimiento de engaño.

4- Estar disponibles, dedicarles tiempo ser pacientes. Para los niños les es difícil comprender la muerte de un ser querido debido a que no poseen las claves para comprender la muerte. Por eso conviene hacerles saber la disponibilidad para responder a sus preguntas, asegurarles que se les quiere y animarlos a hablar sobre lo que piensen o sienten. El acompañamiento del menor en su proceso de duelo requiere de paciencia. Es común que los niños planteen las preguntas una y otra vez, hasta que interiorizan la información que se les proporciona. En algunos momentos especiales, como las vacaciones, las fiestas, cumpleaños, aniversario de la muerte, pueden mostrarse de nuevo retraídos, tristes o irritables. El enfrentarse a estas situaciones son la compañía de un ser querido puede hacerles revivir emociones y pensamientos sobre la muerte. No obstante, estas oscilaciones en el proceso, lejos de ser una vuelta atrás forman parte del proceso natural de recuperación tras la pérdida.

5- Cuidarse a uno mismo. A menudo, cuando la muerte interrumpe en la vida de una familia, el dolor es un elemento que afecta a todos los miembros, incluidos a aquellos encargados de velar por el cuidado de los mejores. Por eso, es importante adoptar unos límites saludables acerca de nuestras posibilidades para ofrecer ayuda y pedir apoyo al entorno cercano o a un profesional en caso de que fuera necesario. Ten en cuenta que si no se ayuda a sí mismo y se aprende a cuidar será muy difícil estar disponible y preparado para ayudar a los demás.

6- Darles permiso para volver a ser felices. Experimentar momentos de alegría o dejar de pensar en el ser querido muerto no significa no quererlo o no haberle amado lo suficiente, sino ser capaces de avanzar en el proceso de duelo. El ser querido y todo lo que se aprendió a su lado formará parte de la vida, independientemente de que se piense o no en él de manera consciente o que se muestre dolor o alegría.

Los adultos también pueden colaborar en el proceso de duelo de los niños y adolescentes durante los meses siguientes a la pérdida, cuidando los siguientes aspectos (Vicente, 2009):

- Incrementar su autoestima y su sentimiento de control; una manera de incrementar la autoestima es involucrar al menor en actividades artísticas (pintar, escribir, etc), donde la probabilidad de fracaso sea baja. También es aconsejable que participe en cualquier otro tipo de actividad que le resulte gratificante o que se ajuste a sus dominios de competencia (deportes, teatro, música, etc.). Por otro lado es muy frecuente que los niños se responsabilicen de cuidar a los padres y no manifiesten su malestar por temor a causarles mayor sufrimiento. Sin embargo, los adultos debemos indicarles que no son los responsables del estado emocional de

los demás miembros de la familia y que su verdadera tarea debe centrarse en cumplir con sus deberes y dedicar tiempo para estar con sus amigos.

- Construir un ambiente familiar positivo; el ambiente en el que se desenvuelva el menor a partir de la pérdida va a ser el factor más importante para su adaptación. El mantenimiento de una relación positiva con su cuidador principal, el aumento de las interacciones positivas dentro del entorno familiar y la disminución de las situaciones de estrés y los cambios vitales en los meses posteriores a la muerte, son aspectos importantes para facilitar el desarrollo de un duelo sano y normalizado.

- Aumentar la comunicación con el menor; es importante crear espacios y dedicar un tiempo todos los días para hablar con el niño o adolescente (este momento puede ser antes de irse a la cama o durante las comidas familiares).

- Animar la expresión de emociones; un clima de apertura a la expresión de emociones en el entorno familiar facilitará la elaboración del duelo. En este sentido no sólo es normal que la familia en su conjunto tenga y exprese sentimientos de incredulidad, culpa, tristeza e ira, sino que, además estas expresiones por parte de otros miembros de la familia ayudan al niño, ya que reducen la sensación de soledad que experimenta. Los niños y adolescentes necesitan saber que hay alguien que puede “contener” sus emociones y escuchar sus preocupaciones. Muchas veces necesitan que se les asegure que todas las sensaciones y emociones que están experimentando son normales y que le ocurren a muchos menores en su situación, que no deben avergonzarse o asustarse por ello.

- Mantener una conexión con el ser querido; el niño o adolescente debe saber que está bien hablar del ser querido fallecido y que, aunque no está con nosotros, podemos seguir teniéndolo presente en nuestras vidas. Es importante que le transmitamos la idea de que las personas que queremos nunca se marchan del todo porque permanecen en nuestros recuerdos. Algunas formas para mantener esta conexión con el ser querido incluyen conversar sobre los recuerdos positivos y momentos agradables vividos junto a él, sobre su forma de ver la vida o realizar algún tipo de comunicación simbólica (como una carta de despedida, o enviar un mensaje en un globo, etc.)

- Para los niños pequeños se sugiere el juego como un modo natural de expresión con la oportunidad de re-experimentar sus sentimientos en un entorno seguro. De esta manera, extraen significados de las experiencias y las integran en su historia personal. Leer libros o ver películas sobre personajes infantiles que han perdido a sus seres queridos y que han conseguido adaptarse a la pérdida (por ejemplo, la película de “nemo” o “bambi”). En ocasiones es de gran ayuda para los niños elaborar junto a otros miembros de la familia un álbum, con algunas fotos y recuerdos de la persona fallecida.

3.5 Duelo patológico

En el duelo patológico, el trabajo del duelo no lleva directamente a la recuperación del mundo interno, la estructura mental y las representaciones mentales anteriores, sino que el yo y la identidad quedan dañados de forma más o menos profunda y duradera. El duelo patológico aparece ante la elaboración insuficiente del duelo, por ejemplo cuando la dinámica del mundo interno del sujeto en duelo queda anclado en la culpa persecutoria, en el odio hacia lo perdido o los (supuestos) causantes de la pérdida, en las ilusiones acerca de la recuperación de lo perdido directamente (no a través de sustitutos y símbolos), en las sensaciones y sentimientos de pérdida irreparable de compañía, económica, de sexualidad y ternura, de conversación, de las sensaciones y percepciones familiares), en el sentimiento de soledad o de desconfianza ante sí mismo y el futuro. Cuando las pérdidas o los conflictos son más graves, cuando se pone en crisis nuestra capacidad de adaptación, nuestra homeostasis o equilibrio social psicológico o individual, hablaremos de procesos reorganizadores: el cambio o conflicto es de tal magnitud que pone en peligro ese equilibrio y obliga por tanto a una reorganización del mismo. Dentro de los procesos reorganizadores. A nivel fenomenológico podemos observar dos grupos: procesos de duelo (ante pérdidas afectivas importantes) y procesos de elaboración postraumática (que son los que ponemos en marcha ante los traumas o pérdidas que amenazan con ser catastróficos para nuestra integridad biológica, psicológica o social. (Tizón, 2007)

Payás (2010) considera que en ocasiones las personas pierden la capacidad de utilizar las emociones como señales y el resultado es que, en vez de experimentar el proceso emocional de forma integrada, lo que viven es una estimulación crónica a un solo nivel, produciéndose una fijación ya sea fisiológica (como somatizaciones), cognitiva (como rumiaciones obsesivas) o conductual (como hiperactividad, adicciones). Esta fijación en el tiempo se traduce en una rigidez en la forma de presentarse el afrontamiento, lo que indica que se ha convertido en improductivo, perdiendo así su función adaptativa y pasando de ser un proceso de elaboración y asimilación a convertirse en un resultado. En casos en que las circunstancias de la muerte han sido especialmente traumáticas, por ejemplo un suicidio, la rumiación obsesiva puede considerarse como un afrontamiento con funciones psicológicas adaptativas tales como controlar emociones incómodas subyacentes, mantener la vinculación con el ser querido, reparar el fracaso de la función protectora de la relación o dar sentido a la experiencia del trauma, contribuyendo a la búsqueda de significados. Pero también puede tener una versión inefectiva como rumiación no productiva que se fija en forma de pensamiento obsesivo, y en este sentido se convierte en un estilo mal adaptativo y en un resultado o defensa rígida que impide que la persona avance en su proceso de recuperación. Dicho autor refiere que para valorar la funcionalidad de la estrategia hay que considerar el criterio de temporalidad, para identificar un duelo complicado a partir de las respuestas de afrontamiento deben darse dos criterios de forma simultánea: por una parte, la pérdida de funcionalidad o

productividad y, por otra, la temporalidad, es decir, la fijación rígida en el tiempo. La instalación de defensas rígidas y perdurables en el tiempo característica del duelo complicado permite manejar la sintomatología, es decir, minimizar el sufrimiento, pero a costa de alterar la capacidad de contacto del doliente consigo mismo y con los demás.

Gómez (2007) refiere que la mayoría de los autores e investigadores opinan que la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, por anómalas que sean (transitoriamente) sus manifestaciones, especialmente en las inmediaciones temporales de la pérdida; la derivación hacia el duelo patológico (o complicado) se plantea cuando esas anomalías se extienden en el tiempo, se cronifican, o se derivan a otro tipo de patología psiquiátrica que desborda la entidad del duelo en sí mismo. El duelo anormal aparece en varias formas y se le ha dado diferentes etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado.

Goldman (2001) refiere que la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas normales en el duelo son buenos indicadores del duelo complicado, prolongado o no resuelto. Considera que en el caso de muerte por homicidio, suicidio, sida, abuso o violencia familiar llevan a duelos complicados debido a que el niño es incapaz de procesar y expresar lo que ha sucedido.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando su intensidad o características no cuadran con la personalidad previa del deudo; cuando impide o dificulta amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria; siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades y vive retraído, sin más ocupación que la re memorización del muerto. Estamos ante un evidente duelo complicado cuando precisamente ya no hay duelo en sí sino que éste se ha desembocado en un cuadro depresivo neto: apatía, intensa tristeza, baja autoestima, sentimientos globales de culpa, pensamientos suicidarios u otro cuadro psiquiátrico (neurótico o incluso psicótico), que se desencadena a raíz del duelo. (Gómez, 2007)

Existe el riesgo de que el niño o adolescente no sea capaz de avanzar en el proceso de duelo, manifestando una lucha constante contra la realidad de la pérdida y un rechazo general a adaptarse a la vida en ausencia del ser querido. Es entonces cuando la pérdida puede dar lugar a problemas de depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático, generando fracaso escolar, baja autoestima, aislamiento y disputas con su grupo de amigos, o problemas de salud con tendencia a cronificarse. (Vicente, 2009)

Los niños que están elaborando mal su duelo siguen manifestando, pasados los meses, los siguientes síntomas (Vicente, 2009):

- Pensamientos recurrentes que generan malestar sobre aspectos relacionados con la pérdida (no puede dejar de pensar en el ser querido, tiene problemas para concentrarse en las tareas, tiene pesadillas sobre la muerte, se siente culpable por la muerte, etc)
- Evitación constante de cualquier persona, objeto o lugar que pueda recordar al ser querido (se muestra retraído, no quiere hablar sobre la muerte, evita ver fotografías o ir a lugares que le traigan recuerdos, etc.)
- Altos niveles de ansiedad, que se manifiestan en dificultades para dormir, hostilidad, quejas físicas y dolores frecuentes, etc.

Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010) consideran que en los casos de un duelo distorsionado los niños no exhiben síntomas de duelo en el momento de la pérdida, pero posteriormente pueden mostrar síntomas somáticos (migrañas, síntomas gastro intestinales, etc.) y/o dificultades interpersonales que no aparecen inmediatas a la experiencia de pérdida.

Según Tizón (2007) el resentimiento es pues una vivencia frecuente en los duelos sin solución, sin posibilidad de elaboración, que refuerzan siempre, de una u otra forma, los afectos y organizaciones psicopatológicas melancólicas.

Bowlby (1986) responde a la pregunta ¿de qué modo, se distingue el duelo patológico de un duelo sano?, dicho autor refiere que el examen de los hechos indica que una de las principales características del duelo patológico es la incapacidad para expresar abiertamente la necesidad de recuperar y regañar a la persona perdida, con todo el anhelo por su retorno y toda la ira contra ella que esto supone. En lugar de ser abiertamente expresadas, expresión que por agitada y e infructuosa que sea da lugar a un resultado sano, las ganas de recuperar y regañar o reprochar, con toda la ambivalencia afectiva que suponen, han sido escindidas y reprimidas. A partir de entonces prosiguen como sistemas activos dentro de la personalidad, pero incapaces de encontrar expresión franca y directa, influyen sobre los sentimientos y el comportamiento de modos extraños y distorsionados.

Bowlby (1993) señala cuatro variantes patológicas del duelo:

- Anhelo inconsciente de la persona perdida
- Reproche inconsciente contra la persona perdida, combinado con auto reproches conscientes y a menudo incesantes

- Cuidado compulsivo de otras personas
- Persistente incredulidad de que la pérdida sea permanente (a menudo designada como negación)

Bowlby (1993) a través del estudio de casos individuales o pequeñas muestras observa que el temor de los niños de sufrir otra pérdida suele ser natural, sin embargo la patología comienza cuando no se reconocen los temores de un niño de que puedan suceder tales cosas o, lo cual es más serio, cuando las circunstancias que exacerbaban sus temores (p.e muerte de otro familiar, etc) quedan suprimidas o desechadas por el padre sobreviviente; pues así es como una respuesta inteligible viene a transformarse en un síntoma misterioso. En cuanto al temor de morir él también, éste es normal, pero este se puede ver acrecentado y ser persistente, sobre todo cuando el infante desconoce el verdadero motivo por el cual murió la madre. Las esperanzas de reunión y deseos de morir se maximizan principalmente cuando hay promesas sin cumplir hechas a un niño poco antes de la repentina muerte de un padre, también debido a la muerte repentina (donde antes de morir se despide, diciéndole al niño que regresará); en ocasiones el deseo de morir viene acompañado del deseo de enmendar una relación deteriorada, quizá a causa de una riña sobrevenido poco antes de la muerte del padre; así también cuando no se les explica a los niños qué sucede con la persona muerta. La persistencia en culpar o culparse aumenta cuando el niño no tiene ideas claras sobre lo que pueda causar la muerte o cuando escuchan, ven u oyen que los culpan; suelen culpar al padre sobreviviente cuando presencian cómo uno atacó al otro o cuando oyó amenazas de este tipo. La hiperactividad, conducta agresiva y destructiva se acrecienta cuando los niños son hijos de padres que, ellos mismos, tienen poca comprensión o simpatía del natural deseo de amor y cuidados de una persona, sea de ellos mismos o de sus hijos; debido a eso dichos padres suelen ahogar su propio dolor y ser especialmente insensibles a lo que sus hijos están sintiendo. Es evidente que en muchos casos los estallidos de cólera y /o retirarse de la situación son maneras en que un niño, incapaz del proceso de duelo, responde cada vez que se menciona la muerte; en otros casos puede deberse a un sentimiento de culpa por haber sido responsables en alguna medida de lo sucedido. Los orígenes de un sentimiento opresivo de culpa se ven influidos por las maneras en que el niño es tratado en el seno de la familia, observaciones severas hechas en momentos de descuido pueden llevar a un niño a creer que toda desgracia se debe a sus propias “demandas egoístas” o a sus propias maneras de portarse que agravan, por ejemplo, la enfermedad de un miembro de la familia; además, cuando sobreviene la calamidad, un padre alterado puede con demasiada facilidad dirigir un impensado reproche a quien tenga más cerca y no pocas veces esa persona es un niño pequeño.

Bowlby (1993) agrega lo dicho por la teoría tradicionalista donde se habla de una conducta hostil y agresiva detrás de la sensación de culpa. En cuanto a la intensificada compulsión a prodigar cuidados, aparece cuando a los niños se les otorga el rol de mediadores entre los padres y responsables de la felicidad de ambos, es

especialmente en estos casos cuando un niño, después de haber perdido todo cuidado parental efectivo, desarrolla un patrón de conducta según el cual, en lugar de mostrarse triste y anhelar amor y apoyo para sí mismo, se preocupa intensamente por la tristeza de otros y se siente impulsado a hacer todo lo posible por ayudarlos y sostenerlos. La intensificada compulsión a confiar en sí mismo, aparece en casos donde las relaciones son conflictivas con el progenitor muerto, antes de morir, además influye las circunstancias de la pérdida o sobre lo que ocurrió después de ella, por ejemplo, lo que se le dijo al niño y cuando se le dijo. La euforia y despersonalización constituyen una variedad patológica en el duelo, que puede manifestarse por una prolongada incapacidad de llorar o de experimentar anhelo por la presencia del progenitor muerto, sus inapropiados accesos de euforia, su ulterior depresión- totalmente desconectada en su mente de la pérdida sufrida, reproches dirigidos a sí mismo por experimentar sentimientos tan insensatos, el terror al admitir que el progenitor ha muerto; esto se observa en niños que no tuvieron una relación sana con el progenitor muerto, así como en los hijos de padres con problemas emocionales, también puede aparecer en los casos de muerte del progenitor por suicidio. Otra característica que aparece en el duelo patológico en niños es el síntoma identificatorio (accidentes), donde existe la aparición de los mismos síntomas que exhibía el padre muerto o el sufrir un accidente en circunstancias que guardan estrecha relación con la enfermedad o muerte del padre, esto puede deberse al deseo del niño por reunirse con el padre muerto.

Tizón (2004) refiere que las pérdidas afectivas importantes y no sustituidas ni real ni simbólicamente resultan especialmente graves porque afectan a un psiquismo aún insuficientemente estructurado o estable, como es el de un niño. Cada nueva pérdida afectará profundamente el mundo interno de ese niño, con lo cual poseerá durante años y años (según cuales sean las experiencias de su vida futura), una mayor tendencia a elaboraciones insuficientes y dificultades en el duelo.

Dicho autor postula que si la muerte del progenitor ha sido traumática, es frecuente la aparición de un cuadro que se puede diagnosticar como trastorno por estrés postraumático, o bien trastornos del comportamiento, hiperactividad, retraimiento, etc. A pesar de la debilidad metodológica de muchos estudios sobre trastornos psiquiátricos en niños, los hallazgos apoyan la idea de que la muerte de un progenitor puede llevar a una serie de trastornos no específicos, incluso en trabajos más modernos y metodológicamente bien fundamentados. Sin embargo lo más frecuente es la aparición de síntomas inespecíficos, ansiedad, excesiva, síntomas depresivos, temores, rabietas, regresiones, etc. Uno de cada cinco niños en duelo por un progenitor suele manifestar esos trastornos a un nivel suficiente como para requerir una consulta especializada. Por eso en general las tasas más altas de trastorno en los niños se hallan en los estudios que incluyen niños que habían

consultado en servicios de psicología o psiquiatría y niños procedentes de ambientes inestables o desestructurados.

Bowlby (1986) refiere numerosos estudios donde se muestra que la incidencia de la pérdida de un ser querido durante la infancia, en la vida de pacientes que sufren enfermedad mental y defectos de carácter, es significativamente más elevada que en la población general. Dicho autor habla de una posible relación causal entre la pérdida precoz de un ser querido y una subsiguiente enfermedad mental. Refiere que existen en realidad otras dos clases de procesos que en algunos casos, es casi seguro que originen estados patológicos, uno de ellos es el proceso de identificación con el padre o la madre, que forma parte integral de un desarrollo sano, pero que, con frecuencia conduce a dificultades tras haber fallecido uno de los progenitores. La otra clase de proceso es provocada por el progenitor superviviente: el viudo o la viuda, cuya actitud con respecto al niño puede cambiar y volverse patógena.

La tendencia a reaccionar con defensas de tipo psicótico (negación, disociación, idealización, proyección, defensas maníacas) nos da una buena pista con respecto a la gravedad del duelo y el riesgo de que afecte de forma importante (y duradera) el desarrollo de la personalidad. Las situaciones que en los trabajos empíricos parece que provocan más riesgo de procesos de duelo patológico o complicados son: muerte del padre o de un familiar allegado que convivía con el niño, abandonos o separaciones prolongadas por parte de la madre el padre o ambos, muerte de un hermano en la infancia. Si el duelo se va complicando, tiende a aparecer una cierta anhedonia, manifiesta en la disminución del interés por el juego y algunas actividades hasta entonces placenteras para el niño. Otras manifestaciones frecuentes en los duelos graves en los niños son las dificultades de concentración y problemas escolares, así como las quejas y problemas somáticos: en ocasiones se trata de manifestaciones conversivas o somatizaciones que tienen que ver con representaciones análogas o simbólicas de la enfermedad del ser querido. Indicadores de evoluciones psicopatológicas son las reacciones de euforia sostenida o de negación de lo afectivo (en el duelo y posteriormente) así como la adaptación de carácter que da como fruto el comportamiento que llamamos la compulsión a cuidar a terceros. Los momentos de despersonalización que es frecuente observar en las primeras fases de duelos graves pueden repetirse a lo largo de meses o años en los niños vulnerables. De igual forma las identificaciones patológicas, que en ocasiones conlleva un modelado total de la personalidad en función del muerto, aumento de los accidentes, traumatofilia, etc. (Tizón, 2004).

Vicente (2009) considera que a menudo, uno de los mayores obstáculos para la resolución del duelo tras la muerte de un ser querido son los propios adultos. Con el afán de proteger pueden complicar el proceso de

duelo hasta convertirlo en una experiencia caótica y confusa para el menor. Esta actitud de mantener al margen al niño, tanto de la información como de los encuentros familiares, a menudo refleja el propio miedo a la muerte, la falta de conocimiento acerca de qué decir o hacer, o sencillamente la dificultad que implica estar cara a cara con el dolor de un niño sin posibilidad de poder eliminarlo o mitigarlo.

Por su parte Villanueva y García (2000) mencionan que la situación de duelo se hace patológica cuando ha habido pérdidas significativas precoces, situaciones vitales estresantes y/o antecedentes psiquiátricos de algún progenitor.

Algunos autores como Dowdney (2000 en Tizón 2004) defienden que “son los factores asociados con la pérdida, tales como el cuidado parental y la presencia de otras secuelas sociales y económicas adversas tras la pérdida lo que influye en las consecuencias en la edad adulta. Posteriormente se estudiará a profundidad algunos de los factores que influyen en el duelo patológico, no sin antes mencionar los tipos de duelo patológico.

3.5.1 Tipos de duelo patológico

Desde el punto de vista de la psicopatología psicoanalítica especial y general, un trastorno de personalidad no es sino la cristalización de un conjunto de ansiedades y defensas en el conjunto de la personalidad. (Tizón, 2007)

Tizón (2007) refiere los siguientes tipos de duelo patológico:

Duelo melancólico: el sujeto que hace una depresión severa traduce al exterior, a la conducta y las relaciones, el predominio en su mundo interno de lo que llama relación melancólica, la pérdida del objeto amado (la madre o cualquier otro especialmente valorado, por ejemplo), no sólo repercute en la pérdida de las capacidades yoicas (para manejarse con la realidad externa y con los propios impulsos), como en todo proceso de duelo. En este caso, los conflictos siempre existentes entre el sujeto y el objeto amado se interiorizan en esos procesos melancólicos como conflictos entre unos aspectos y otros del yo, y, especialmente, entre unas y otras identificaciones y ambivalencias con respecto al objeto perdido y sus representantes simbólicas. Gracias a Freud hoy sabemos que las autocríticas y autoacusaciones, a veces terribles, que el melancólico se auto inflige, son en realidad críticas y agresiones inconscientemente dirigidas hacia el otro, movidas por el odio hacia el mismo, lo que hace muy difícil la elaboración del duelo y por lo tanto, la salida de la depresión. En el melancólico, en el depresivo, la fijación del sujeto sádico oral, con la ambivalencia que ello comporta (odiar al objeto que proporciona el placer y alimento) dificultará de forma importante la elaboración de pérdidas. En la salida melancólica, como en casi todas las elaboraciones insuficientes, coincidirán un alargamiento del trabajo de

duelo (externamente, un alargamiento de la desesperanza y el desapego) y una elaboración alterada del mismo, con fijaciones en momentos precoces o intermedios de los procesos de duelo. No se llega a la reintroyección en una nueva posición de lo perdido en el mundo interno. En el duelo normal, sabemos qué es lo que lloramos y por qué nos entristecemos, el melancólico no es consciente de qué es lo que en realidad ha perdido, aunque se siente dominado por una vaga sensación de pérdida y abandono. Por eso es tan importante: diferenciar los momentos de aflicción o incluso de desesperanza de un duelo normal con respecto a un duelo patológico que da lugar a la depresión, a la relación melancólica. Es característico de las melancolías desencadenadas tras una o una serie de pérdidas externas que el melancólico se autorreproche su incapacidad, frialdad o irresponsabilidad frente a los objetos. En el duelo melancólico aparecen con más claridad que otras ocasiones las características fundamentales de la organización estructura melancólica de la relación: el objeto interno, en este caso, la persona, cosa o ideal perdido se convierten en el centro del mundo interno. Es imposible atender a otros objetos, personas o perspectivas pero, por otra parte, cada vez que nos vinculamos mental o socialmente con alguien, la pérdida, el muerto, el objeto interno muerto contamina las representaciones de lo bueno o de las nuevas relaciones: “para que esforzarme/cuidarla/quererla/buscar un nuevo trabajo/situación/ casa/ posición... volveré a perderlo/ se volverá a estropear/ todo da lo mismo” es la fantasía o la cognición depresiva que subyace, inundándolo todo y convirtiéndoles en un autentico agujero negro de emociones, sentimientos y voliciones. El objeto interno no admite una relación estrecha porque es persecutorio (malo o dañado), pero como se necesita se acaba idealizando.

Duelo maníaco: aunque pueda parecer de entrada muy patológico, es sin embargo otra de las posibles reacciones típicas ante una pérdida (y de alguna forma, reacciones maníacas pasajeras aparecen en todo duelo). La estructura psicológica que subyace al duelo maníaco es muy similar a la subyacente en el duelo melancólico, la reacción maníaca en gran parte no es más que una defensa, ineficaz y provisional la mayoría de las veces, contra la depresión (en la que suele acabar tarde o temprano el duelo maníaco). El duelo maníaco está basado en la denegación y las defensas maníacas, en la que se niega la pérdida del objeto. “No vale la pena entristecerse, en realidad valía poco/ nos dio tan poco/ nos sirvió tan poco” así puede ser la expresión consciente de este tipo de duelo aunque lo habitual es que el sujeto, sin demasiadas racionalizaciones, se dedique a actividades para olvidar, distracciones, etc. El control, triunfo y desprecio ayudan momentáneamente a no vivenciar la magnitud de la culpa fantaseada, profundamente teñida de ansiedades persecutorias por lo irreparable que la situación debe ser en su fantasía. La negación necesaria al tiempo que se acrecientan las dificultades internas del inmigrante. Es un momento característico para la actuación de los celos y la envidia: el inmigrante tendrá que elaborar la intensa rabia que a veces le acometerá contra los de quien, contra los que tienen lo que él no tiene, contra los que le emplean o le orientan, le hayan explotado más o menos o no.

Duelo paranoide: en la desviación paranoide del duelo, puede estabilizarse como forma de relación privilegiada de la persona en duelo, casi siempre sobre una base paranoide previa. El deudo entonces tenderá a sentirse perseguido y/o perseguir a las instituciones sanitarias, los médicos, el estado, la seguridad social, el culpable legal, imaginario etc. Puede adoptar incluso el papel de justiciero universal, en una compleja mezcla de defensas maníacas y paranoides. La negación de la realidad de la pérdida puede ser adoptada también ante el temor (inconsciente) a lo dolorosa que sería la percepción de ésta y/o de sus repercusiones.

Duelo histérico: los procesos de duelo histéricos cursan sobre todo con aumento de las dramatizaciones con gran ansiedad, con repeticiones y fugas sintomáticas, son sobre identificaciones con el muerto o el afectado que pueden llevar a síntomas conversivos más o menos adhesivamente inspirados en el objeto. En la organización relacional histérica, la intensa actividad fantasmática se interpone a menudo entre el yo y la realidad, el recuerdo y las fantasías sobre los recuerdos del objeto perdido y de su recuperación o reparación no se hacen a menudo como forma de negarla. Retrasarla o separarse de ella. El histérico sabe que el objeto perdido, perdido está; pero en sus fantasías hace como si nada hubiera pasado. La ambivalencia le lleva a creer en la muerte, en la necesidad de la separación y al mismo tiempo a negarlas. El histérico no puede evitar volver durante meses o años a los lugares, situaciones en las que el objeto “perdido-no perdido” desapareció. Puede hacer “fugas” o “escapadas hacia allá”. Seguirá apegado durante mucho tiempo a la negación fantasiosa de la pérdida o a la dramatización de lo mucho que ha perdido. Las sobre identificaciones del histérico pueden llevarle a actuar, sentir o comportarse como el ser ido o perdido, e incluso a padecer dolores o afecciones somatomorfas que recuerdan a las de muerto o dramatizan el conflicto interno tomando el cuerpo como escena. La función del síntoma en el conflicto neurótico es establecer un compromiso entre la realidad y el deseo, entre la pulsión y el principio de realidad. Revivir en su cuerpo la enfermedad o las características del ser muerto o ido es a la vez afirmar que no ha muerto o no se ha ido del todo y, al tiempo, hacerse semejante a él y auto castigar para así huir de la culpa ante la intensa agresividad que siempre va ligada al amor hacia el objeto en el histérico.

Duelo obsesivos: existe la intensa ambivalencia agresiva de la estructura relacional, tan marcada por un uso anómalo de las capacidades cognitivas, así como por la rigidez y crueldad de la conciencia moral y el superyó del obsesivo, acusaciones sin fin, actos expiatorios reiterados, etc. Habiendo temido tanto y tan intensamente, la pérdida del otro hará revivir intensivamente toda la culpabilidad correspondiente a cada ataque. El trabajo mental es tan absorbente que puede dar lugar a las típicas manifestaciones de psicastenia. La relación obsesivo-controladora puede deslizarse hacia el deterioro, hacia la auto desvalorización y la falta de cuidado de

sí mismo, no son raros en los duelos obsesivos reacciones de auto marginación social. Hay que temer las ideas y tentativas de suicidio, pues la vida inconsciente del obsesivo es especialmente angustiada, sus sueños y sus fantasías están llenos de muertos, esqueletos y momias. El obsesivo en duelo se deprimirá ante la culpa difícil de elaborar, ante tantos sentimientos de culpa revividos en el duelo. La muerte del ser querido se la representa al obsesivo como una expresión de su deseo de reparar al objeto perdido muriéndose con él, reuniéndose con él, y al tiempo, como una amenaza por parte del muerto: “si él se suicidó y era mi padre, yo debería hacer lo mismo? ¿Haré lo mismo? ¡Es que me voy a suicidar, doctor!”. La muerte resulta por un lado deseada como tranquilidad para una mente atormentada y como identificación con el objeto dañado. Pero al mismo tiempo, se le teme, se le siente de forma persecutoria.

El duelo psico traumático: el duelo con trastorno por estrés postraumático, salvo circunstancias de la pérdida muy extremas, afecta sobre todo a las personalidades límites o “borderline” o con graves trastornos de personalidad. Una pérdida importante o en un momento clave puede traducirse entonces por una depresión grave, pero una depresión “algo especial”; poco mentalizada, que se expresa más en el cuerpo y los comportamientos que en los sentimientos y la comunicación de los mismos. También se le llama duelo desorganizador, suele dar lugar al trastorno por estrés postraumático, a cuadros delirantes agudos, a cuadros confuso-oníricos como en algunas migraciones muy complicadas. Ese sufrimiento traumático está inducido por el desbordamiento de las defensas, circunstancia en la cual puede influir la gravedad de la situación, pero, sobre todo, la separación forzosa que la pérdida implica, la cual produce la intensa angustia básica en estas organizaciones de la personalidad

Thomas (en Gómez, 2007) describe las formas más importantes de duelos patológicos por el riesgo de que desemboquen en auténticas enfermedades psiquiátricas bien definidas:

- Duelos delirantes: su característica fundamental es la negación. Para el sobreviviente, el difunto sigue vivo, lo que es un modo de mostrar la propia angustia ante la muerte.
- Duelos melancólicos: predomina la depresión
- Duelos maníacos: el dolor se considera inútil, puesto que “la muerte no tiene importancia” y el difunto, por otra parte, no ofrecía en vida ningún interés.
- Duelos obsesivos: predominan los sentimientos de culpabilidad. El sobreviviente siente horror de sí mismo, se considera indigno, se vuelve agresivo contra sí mismo y contra los demás, lo que no es sino una doble manera de expresar su hostilidad hacia la muerte (ambivalencia)
- Duelos histéricos: constituyen la forma más dramática de identificación: el sobreviviente no puede alejar al difunto de su pensamiento, se identifica con él, revive su enfermedad y su muerte, trata de parecersele.

Payás (2010) refiere diferentes tipos de duelo patológico:

- *Duelo complicado semejante al trastorno de estrés postraumático*: si los problemas persisten a lo largo del tiempo y no se mitiga su intensidad, ya no representan intentos reparativos, sino que reflejan daños permanentes como los recuerdos intrusivos de las circunstancias de la muerte pueden convertirse en una fijación en la memoria, expresada por rumicaciones obsesivas mal adaptativas; el miedo puede convertirse en ataques de pánico. Cuando la sintomatología se manifiesta de forma fija, como procesos incompletos, mentales, cognitivos o conductuales., estamos ante un duelo complicado semejante al trastorno de estrés postraumático, que parece correspondiente con una detención o incapacidad en el tiempo de manejar las tareas de la fase aturdimiento choque.
- *Duelo complicado de tipo evitativo o duelo ausente*: hay una fijación en el tiempo de las estrategias de distorsión, supresión e inhibición. Las personas con este tipo de duelo complicado tienden a focalizarse exclusivamente en esfuerzos de rechazo de la realidad, evitando todo lo que las conecte con la pérdida. En los casos de inhibición, puede que se expresen algunos sentimientos en un primer momento, pero muy pocos, de manera que la persona continúa con su vida como si nada hubiera pasado. Aunque la ausencia de sintomatología asociada a la pérdida de forma temporal y en la primera etapa del duelo no indica necesariamente una patología, si con el tiempo la persona no avanza en su proceso, las estrategias de inhibición-distorsión acaban instalándose. Es frecuente la presencia de respuestas inflexibles e incapacitantes tales como los impulsos autodestructivos permanentes, conductas adictivas, hiperactividad, enfado desplazado, ansiedad muy alta e ideas obsesivas de venganza o culpa expresadas en forma de rumiaciones.
- *Duelo complicado de tipo crónico*: según el modelo de procesamiento emocional cognitivo, en un duelo crónico las estrategias de conexión-confrontación con el dolor, cuya función era permitir la correcta asignación emocional y cognitiva a los aspectos de la relación pérdida, se convierten en mecanismos rígidos improductivos. Las emociones se transforman en estados emocionales como la tristeza crónica, la autocompasión o el victimismo. Idealizar pasa a ser una huida de la realidad, y la rumiación evoluciona hasta convertirse en una obsesión, derivando en un proceso no productivo que mantiene al doliente permanentemente conectado con su propio dolor. Las estrategias conductuales se han convertido en hábitos rígidos inflexibles como el ir al cementerio o besar la foto del ser querido, han perdido esa función resolutoria a través de la cual el doliente elaboraba emocional y cognitivamente la relación, para convertirse en conductas mecanizadas. El duelo perdura en el tiempo.

3.5.2 Factores que influyen en el duelo patológico

Bowlby (1993) refiere que las variables que influyen en el giro que tome el duelo durante la niñez y la adolescencia son análogas a las variables que influyen en el duelo durante la vida adulta. Esas variables pueden agruparse en tres clases:

- a) Causas y circunstancias de la pérdida, con especial referencia a lo que se dice a un niño y las oportunidades que luego se le dan para que se entere de lo ocurrido
- b) Las relaciones de la familia después de la pérdida, con especial referencia a la circunstancia de si el niño permanece viviendo con el padre sobreviviente y, en ese caso, de qué manera cambian los patrones de relación como resultado de la pérdida
- c) Los patrones de relación en el seno de la familia antes de la pérdida, con especial referencia a los que imperaban entre los padres mismos y entre cada uno de ellos y el hijo.

Bowlby (1993) señala que un factor importante a considerar son las experiencias que tiene un niño después de sufrir la pérdida. Discontinuidades en los cuidados, incluso haberlos recibido en esas frías casas o instituciones de crianza y haber sido trasladados de un “hogar” a otro fue la suerte que les tocó a muchos. O bien si un niño permaneció en su hogar también es probable que se le haya hecho asumir prematuramente un papel parental, en lugar de recibir cuidados él mismo. En cambio, quienes se desarrollaron satisfactoriamente a pesar de haber perdido a un padre durante la niñez suelen haber recibido cuidados parentales continuos y estables en los años que siguieron a la pérdida. También refiere a Hilgard quien dice “un padre moribundo puede comunicar a su hijo que acepta esa separación definitiva y de esa manera puede ayudar al hijo a que también la acepte”. Se encuentra que las afectaciones en los niños ante la pérdida se ven influidas por las condiciones antes de la pérdida, en el momento de la pérdida y después de la pérdida. Entre las condiciones adversas referidas por Bowlby (1993) según otros estudios, se encuentran las riñas entre los padres, padres separados o padres que habían comenzado abandonar a los hijos, hijos que habían experimentado varias separaciones anteriores e hijos a quienes se había hecho sentir responsables de la enfermedad del padre; después de la muerte los hijos habían recibido poca información acerca de la pérdida o acaso no habían recibido ninguna información, y posteriormente muchos también habían experimentado relaciones extremadamente inestables; reporta que en la mayoría de los casos la pérdida acrecentaba cualquier perturbación ya existente.

Bowlby (1993) plantea que la mayoría de quienes responden a una pérdida importante con un duelo patológico son personas que durante toda su vida fueron propensas a establecer relaciones afectivas con ciertos rasgos especiales. Este grupo comprende a individuos cuyos apegos afectivos son inseguros y ansiosos y también a aquellos predispuestos a brindar compulsivamente cuidados. También se incluyen en el grupo

individuos que, proclamando su autosuficiencia emocional, muestran claramente que ella está precariamente basada. En todas estas personas sus relaciones suelen estar penetradas por una fuerte ambivalencia, ya sea manifiesta, ya sea latente. Dicho autor formula la hipótesis de que un factor importante de la manera en que una persona responde a una pérdida es el modo en que los padres evaluaron su conducta de apego y todos los sentimientos que ella entraña y cómo respondió esa persona a tal evaluación durante la infancia, la niñez y la adolescencia.

Otros autores como Worden (1996), Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010), Goldman (2001) Gómez (2007) Dyregrov (1991, 2008), Tizón (2004) y Villanueva y García (2000) refieren los siguientes factores:

- *Tipo de muerte y los rituales alrededor de ésta*, así como la forma en cómo se aborda la muerte; una muerte súbita lleva a un duelo más difícil, sin embargo no es determinante, existen otros factores que influyen. Muerte traumática como asesinato, accidente fatal, acto terrorista, suicidio, etc. Se ha encontrado que los niños que experimentan la muerte de un padre por asesinato o suicidio tienden a mostrar mayor riesgo a desarrollar estrés postraumático). Los niños que han sido testigos de la muerte del ser querido presentan un mayor riesgo y necesitan ser monitoreados, proporcionarles ayuda, pueden desarrollar problemas postraumáticos. Duración de la enfermedad mortal y de la agonía Carácter de la muerte, condiciones en las que se haya dado la muerte. Aspecto del cadáver, expresión de sufrimiento o deformidad de cualquier tipo, provocado o no por la muerte. Cuando los adultos no dan la información apropiada a los niños acerca de las circunstancias y causas de la muerte, esto da pie a que los niños creen sus propias fantasías, las cuales pueden resultar terroríficas. También cuando se excluye al niño de la situación o se le dice que no debe inmiscuirse en el mundo de los adultos, cuando se ocultan las reacciones de la muerte al niño. Cuando no se prepara al niño para los rituales hay mayor probabilidad de que presente problemas de conducta.
- *Las relaciones del niño con el padre muerto, antes y después de la muerte*; carácter y estilo de vida del fallecido; la fuerza de apego, dependencia y nivel de ambivalencia, si se tuvo una relación ambivalente el niño puede incrementar sus sentimientos de enojo y ansiedad. Cuando hay una relación ambivalente los niños tienden a sentirse más culpables, abandonados o deprimidos. Un niño con apego inseguro, ante la separación puede presentar reacciones aumentadas y miedo a una nueva pérdida.
- *Si muere el padre o la madre*; se encuentra una tasa de muerte del padre que duplica la de la madre. No hay datos estadísticamente significativos. Se ha encontrado mayores repercusiones cuando muere la madre pero esto no es determinante.

- *El funcionamiento del padre sobreviviente y su habilidad parental; nivel disfuncional en el padre sobreviviente*, el nivel de funcionamiento del padre sobreviviente es uno de los mediadores con mayor influencia en el duelo del niño. *Discrepancia entre los sentimientos que percibe el padre de su hijo*, el niño necesita que el padre tenga una precisión adecuada de sus sentimientos para sentirse seguro y validado, esto disminuye la ansiedad en el niño y le ayuda a controlar sus emociones, cabe señalar que se ha visto un aumento de la discrepancia en padres que se deprimen. *Disciplina*, la dificultad por mantener prácticas disciplinarias constantes e incertidumbre afecta la conducta del niño, así como una disciplina sobre controlada, restrictiva o muy laxa, cuando el padre aplica un nuevo rol en la disciplina el niño puede reaccionar con conductas disruptivas. *Citas o segundas nupcias*, se ha visto que los hombres que pierden a su pareja y presentan depresión, así como baja autoestima tienden a tener citas a segundas nupcias al poco tiempo de fallecer su pareja, esto afecta al hijo, quien presenta más problemas emocionales y de conducta, incluyendo síntomas somáticos. Se ha considerado como factor protector el funcionamiento adecuado del padre sobreviviente en el duelo del niño. En cuanto a habilidades de parentalidad positiva, ésta ha sido identificada como una variable que impacta en el afrontamiento del duelo en el niño. La parentalidad positiva es la creación de un ambiente que da soporte, estable y da estructura, caracterizada por una relación calurosa entre el padre y el hijo y una disciplina consistente. Cuando el niño ve mucho sufrimiento en el padre sobreviviente teme que le suceda algo.
- *Proceso de duelo del padre sobreviviente*; cuando los padres tienen dificultades de adaptación también los hijos las tienen. Se considera que la ayuda más importante que le puede ofrecer el padre a su hijo es cuidar de sí mismo y elaborar su propia pérdida, para que esto no influya en el duelo de su hijo.
- *Influencia familiar*; cohesividad, solvencia, estructura, estilo de afrontamiento, soporte, comunicación); la respuesta del niño ante la muerte del padre también esta mediada por la familia y la forma en cómo ésta responda. Todas las familias tienen patrones establecidos que impactan la forma en que responden. Cuando existen muchos estresores y poca cohesividad familiar, el niño tiende a presentar más problemas emocionales y de conducta. Algunos niños tienen familias caracterizadas por ser cohesivos y afectivos, mientras que otros viven en hogares caóticos, donde las necesidades del niño ante la muerte no son vistas. Para el niño es importante el clima emocional que se crea después de la muerte. Cuando las necesidades del niño son aceptadas y se les ayuda a confrontar lo que ha pasado, el proceso de duelo será más fácil. La existencia de problemas familiares y psiquiátricos correlaciona con la incidencia de suicidio de adolescentes.

- *Apoyo de pares u otros fuera de la familia*; se ha encontrado que el grado de apoyo social que recibe el cuidador influye en su habilidad para afrontar la situación y por lo tanto influye al niño.
- *Acceso a sustitutos*; cuando el niño presenta una relación estrecha con algún pariente desde antes de la muerte puede facilitarle al niño el duelo, cuando el padre muerto era el único responsable del niño, es difícil para él encontrar un sustituto inmediatamente e incluso contraproducente, es recomendable establecer como prioridad las necesidades diarias del niño ante la muerte.
- *Estigma social de la muerte*; en los casos de suicidio, asesinato, abuso, etc., es frecuente que se tema hablar de la muerte por temor a ser ridiculizado o criticado.
- *Características del niño*, incluyendo la edad, género, auto percepción y comprensión de la muerte, funcionamiento previo del niño; Dentro del género se ha encontrado que las niñas son más susceptibles que los niños. Mayores tendencias a la agresividad y a las actuaciones en niños. Más síntomas “neuróticos”, “internalizantes” en niñas: retraimiento, depresión, etc. Las niñas presentan más síntomas por somatización y los varones más alteraciones de conducta y fracaso escolar. No hay diferencias de sexo en cuanto a síntomas de ansiedad. Los niños inestables emocionalmente, aislados o ensimismados, experimentarán mayores dificultades en el duelo. El nivel emocional y de maduración también influye. La depresión aumenta con la edad del niño en la pérdida. Trastornos no específicos en niños de menos de 5 años. Edad media: datos no concluyentes. Adolescencia: datos no concluyentes. Mayor tendencia a la descompensación en niños con trastornos previos. Más depresiones en hijos depresivos.
- *Pérdidas múltiples*; Esto produce un sentimiento profundo de abandono y desconfianza en el niño. La muerte de un padre sin una pareja es un ejemplo de una pérdida múltiple, ya que no sólo pierde al padre sino también el lugar donde vivía, al ser trasladado con otros cuidadores, de escuela, compañeros, etc. Las experiencias previas de pérdida pueden tener un impacto diferencial en como los niños se afrontan con esa pérdida. Pérdidas dolorosas o separaciones que no han sido trabajadas apropiadamente hacen al niño más vulnerable.
- Fe religiosa; en ocasiones la práctica de alguna religión favorece el proceso de duelo. Sin embargo es importante no generar fantasías en el niño, por ejemplo que la persona muerta está en el cielo.

En un estudio realizado por Wolchick, Yue Ma, Tein, Sandler & Ayers (2008) se encontró que los factores estresantes y la calidad de la relación cuidador-niño afectan el proceso general del duelo en el niño, así como los pensamientos intrusivos dentro de éste proceso. Se encontró que los efectos que tienen los factores estresantes y la calidad de la relación cuidador-niño se ven mediados por el miedo al abandono. También se

observó que los niños que logran afrontar el duelo suelen tener un cuidador que es consistente en la disciplina, esto promueve las creencias en el infante de que serán capaces de hacer frente a los sucesos estresantes.

Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010) refiere que uno de los factores más importantes que determinan la reacción del niño es la edad, su nivel de desarrollo, ya que éste involucra su capacidad para entender el concepto de muerte.

Gabaldón (2006) menciona los factores de riesgo para duelo patológico asociado a los padres:

- Padres adolescentes e inmaduros
- Padres con problemas de personalidad o enfermedad mental
- Hábitos tóxicos
- Patrones de conducta marginal y/o problemas con la justicia
- Trastornos de la estructura o de la relación familiar o social
- Padres con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales.
- Condiciones de vida desfavorables
- Familias monoparentales o sin apoyo familiar
- Padres con poco nivel cultural y/o con desconocimiento del proceso evolutivo del niño y de sus necesidades físicas y emocionales.
- Desadaptación cultural. Aislamiento social

Por su parte Payás (2010) considera que el modelo de afrontamiento integrado emocional-cognitivo, señala tres motivos por los cuales puede producirse el fracaso en la regulación afectiva de la experiencia de duelo que conduce a la instalación de defensas y a una posible complicación:

1. Vulnerabilidad previa: el procesamiento debido a factores internos es decir, aspectos intrapsíquicos del doliente, personalidad del doliente y que atañen a su historia del desarrollo, su historia personal y familiar.
2. Exceso de intensidad traumática: causado por factores externos al sistema, es decir, circunstanciales o relacionados con los hechos que rodean la muerte, p.e pérdidas múltiples.
3. Ausencia de factores mediadores: el fracaso en la regulación es debido al trauma acumulativo por ausencia de contacto o apoyo social en el momento de la pérdida, inmediatamente después o a lo largo del tiempo, la calidad de las relaciones interpersonales es una variable que media en la sobre excitación o sobre estimulación del sistema. Aunque hay inconsistencias en las investigaciones empíricas sobre el efecto del apoyo social, es lógico suponer que el hecho de tener personas alrededor que ofrezcan cariño, escucha y atención protege del impacto del duelo.

Tizón (2004) establece que no es sólo el tipo y gravedad de la pérdida (externa) lo que complica el duelo o produce un trastorno por estrés traumático, sino que esa realidad externa viene mediada por diversos factores externos para la contención: cuerpo, familia, redes sociales, redes profesionales, así como factores internos del niño, estructura del sí mismo y capacidades yoicas de representación mental. Considera que en el duelo no se pierde tan sólo la situación, persona u objeto deseado, sino que se produce una auténtica fractura o falla en el mundo interno, en el yo y el sí mismo del sujeto. Tal falla o fractura afecta al conjunto de sus relaciones con todos los objetos y experiencias significativas y, en general, es más importante cuanto mayor relevancia tuviere lo perdido para ese mundo interno.

Tizón (2007) resalta la importancia del sistema familiar principalmente factores del ciclo vital de la familia, rol del fallecido en el sistema, distribución del poder, el afecto y patrones de comunicación del sistema, factores socioculturales, etc. Las familias se diferencian entre sí en un terreno fundamental, en su capacidad para tolerar y expresar los sentimientos, en sus capacidades de contención (y expresión) emocional. Cuando las familias no toleran la expresión abierta de los afectos penosos dentro de la propia familia o sistema pueden estar facilitando las vías desviadas de la actuación excesiva, los trastornos de conducta o bien de la derivación psicósomática. Si la familia está en un momento de sub implicación del aflojamiento de los lazos afectivos, este comportamiento del sistema será tal vez menos nocivo o expresado que en familias que, además de esa prohibición inconsciente, funcionan de forma sobre implicada, aglutinada o simbiótica. Las familias que afrontan los duelos importantes pudiendo comunicarse acerca de los mismos parece que son más eficaces en ayudar a la elaboración que las familias que no poseen esa libertad o que incluso ofrecen excusas, avisos y dobles vínculos con el fin (inconsciente) de conseguir que los otros miembros se queden callados. La elaboración propuesta o retardada del duelo por separación de la propia familia de origen es uno de los antecedentes importantes para la capacidad de elaborar posteriormente el duelo por las pérdidas y separaciones posteriores.

Páyas (2010) encuentra factores de riesgo dentro de cada tipo de duelo patológico. Dentro de las variables asociadas al duelo evitativo, pospuesto o inhibido, considera:

- Circunstanciales: aspectos jurídicos y/o legales asociados a las circunstancias de muerte, duelos desautorizados, pérdidas múltiples.
- Intrapsíquicas: personalidad previa del doliente con estilos de apego inseguro evitativo, ego frágil y dependiente, personas con estilos rumiativos, duelos anteriores no resueltos.

- Interpersonales: presencia de trauma acumulativo, aislamiento, presión social para una pronta recuperación, exceso de responsabilidad.

En cuanto al duelo crónico, considera:

- Circunstanciales: pérdidas múltiples, muertes desautorizadas: suicidio, muerte perinatal, pérdidas secundarias o recurrentes, muertes a destiempo
- Intrapésicas: personalidad previa del doliente con estilos de afrontamiento tipo víctima, estilo de vinculación insegura-dependiente, esquemas mentales inmaduros
- Interpersonales: trauma acumulativo por falta de apoyo, relaciones conflictivas o ambivalentes, relaciones dependientes, relaciones desautorizadas.

Dicho autor refiere que las variables que facilitan el crecimiento y la transformación son principalmente variables intrapésicas:

- Esquemas mentales previos adaptativos
- Personalidad extravertida
- Personalidad optimista
- Personalidades complejas
- Personalidades con alta controlabilidad

Es importante mencionar que la posibilidad de identificar factores que puedan, en mayor o menor medida predecir el riesgo de la aparición de patologías de duelo es importante porque puede mejorar la identificación de los colectivos más vulnerables, favorecer una respuesta social más adecuada y de carácter preventiva y a la vez dar pistas sobre posibles tratamientos efectivos (Stroebe y Schut, 2001, en Payás 2010)

3.5.3 Tratamiento

Worden (1996) señala que no todos los niños necesitan una intervención especial para elaborar el duelo, algunos niños logran hacerlo sin una intervención cuando el ambiente y otros factores les favorecen. El autor establece una distinción entre las intervenciones para niños que tienen problemas serios o desórdenes e intervenciones para niños que simplemente se encuentran afrontando la pérdida. El diagnóstico y tratamiento de los niños que presentan serios problemas o desórdenes ante la pérdida será diferente de aquellos que cuentan con mayores herramientas de afrontamiento pero se busca facilitarles la elaboración del duelo.

Según Worden (1996) se recomienda realizar una evaluación profesional cuando las siguientes conductas permanecen por varios meses, después de haber pasado un año de la muerte:

- Si persiste la dificultad del niño por hablar del padre muerto
- Conducta agresiva
- Si persiste la ansiedad y fobias, es común que estas se presenten durante el año, después de haber muerto el ser querido, pero se van reduciendo con el tiempo.
- Somatización (dolores de cabeza, estómago, etc).
- Dificultades para dormir
- Problemas para comer
- Aislamiento social
- Serias dificultades en el aspecto académico
- Sentimientos persistentes de culpa
- Conductas auto destructivas o deseos de muerte

Dyregrov (1991,2008) también refiere que entre los eventos donde se recomienda ayuda profesional, se encuentran:

- El duelo de un ser querido por suicidio o asesinato
- Cuando el niño es testigo de la muerte
- Cuando el niño tuvo responsabilidad en la muerte por un accidente (p.e. cuando un hermano se le cae), o cuando estuvo con la persona que murió.

Dyregrov (2008) concuerda con Worden en cuanto al factor tiempo como indicador de que el niño necesita ayuda, considera que si después de un largo periodo de tiempo presenta lo siguientes síntomas, tendrá que ser atendido por un profesional:

- El niño se aísla
- El aprovechamiento en la escuela ha sido seriamente afectado
- La conducta del niño ha cambiado drásticamente
- Presenta reacciones exageradas
- Desarrolla reacciones fóbicas
- Habla de dañarse a sí mismo
- Después de un largo periodo de tiempo continua con sentimientos de culpa

Vicente (2009) señala que los adultos cercanos al menor deben buscar ayuda profesional ante el mantenimiento prolongado en el tiempo de los siguientes síntomas:

- Periodos continuos de llanto descontrolado

- Pérdida de interés y motivación hacia la realización de actividades diarias
- Rabietas frecuentes y prolongadas
- Problemas para dormir y dificultades de sueño
- Pérdida de apetito y peso
- Miedo constante a estar solo
- Mantenimiento de conductas más “infantiles” que no remiten con el tiempo (mojar la cama, hablar como un bebé, etc.)
- Apatía y aislamiento de amigos y familiares
- Idealización y continuos deseos de querer estar junto al ser querido muerto
- Bajo rendimiento escolar o rechazo constante a ir a la escuela
- Molestias físicas frecuentes

Sorensen (2008) concuerda con Vicente, al señalar que los signos de problemas serios con el duelo son:

- Un periodo extenso de depresión en la cual el niño pierde el interés en actividades y eventos diarios.
- Problemas para dormir, pérdida del apetito, miedo prolongado a estar solo
- Actuar como un niño de menor edad por un tiempo prolongado
- Imitar excesivamente a la persona muerta
- Tienen a orar para que la persona muerta regrese o puedan volver a verla.
- Aislarse de los amigos
- Bajo rendimiento escolar y negativa a ir a la escuela

Según Sorensen (2008) si se presentan uno o más de estos síntomas a lo largo del tiempo, mostrándose persistentes, es necesario acudir a ayuda profesional.

Bowlby (1986) considera que la misión del tratamiento ha de consistir en ayudar al paciente a recuperar su latente anhelo por la persona perdida y su oculta ira hacia ella por abandonarle, es decir: hacerle retomar a la primera fase del duelo, con toda su ambivalencia de sentimientos, la cual, en el período de la pérdida había sido omitida o eludida.

En cuanto al terapeuta Bowlby (1986) señala que ha de realizar cierto número de tareas relacionadas entre sí, entre las que se cuentan las siguientes:

- a) En primer lugar y sobre todo, proporcionar al paciente una base segura a partir de la cual puede explorarse a sí mismo y explorar también sus relaciones con todos los que haya establecido, o pueda establecer un vínculo afectivo y, al mismo tiempo, exponerle claramente que todas las decisiones relativas a cómo

construir una situación y qué actos son los mejores a adoptar, han de ser suyas y que, con nuestra ayuda, le creemos capaz de decidir por su cuenta;

b) Realizar, junto con el paciente, las correspondientes exploraciones, animándole a considerar tanto aquellas situaciones en las que actualmente se encuentra con personas para él importantes, y los papeles que puede desempeñar en las ideas y actos, cuando se halla en dichas situaciones.

c) Llamar la atención del paciente sobre las formas en que, quizá involuntariamente, tiende a construir los sentimientos predicciones que (el paciente) hace y las acciones que de ello resultan, invitándole luego a considerar si sus modos de construir, predecir y actuar pueden ser, en parte o bien totalmente, inadecuados a la luz de lo que sabe el psicoterapeuta.

d) Ayudarlo a considerar como las situaciones en las que él mismo, típicamente, se coloca y sus características reacciones a las mismas, incluyendo lo que puede estar sucediendo entre él mismo y el psicoterapeuta, pueden ser comprendidas según la experiencia de la vida real que tuvo con figuras por las que sentía apego durante su infancia y adolescencia (y por las que quizá siga sintiéndolo) y cuáles eran las respuestas que recibía y puede seguir recibiendo.

Por su parte Polombo (en Gómez, 2007) refiere que el profesional de la salud ha de ser consciente de varias cosas cuando trata niños que han perdido a sus padres:

- Los niños elaboran el duelo, pero las diferencias de elaboración vienen determinadas por su desarrollo tanto cognitivo como emocional

- La pérdida de uno de los padres a causa de una muerte es obviamente un trauma pero, en sí misma, no necesariamente lleva a una detención del desarrollo

- Los niños entre cinco y siete años son un grupo particularmente vulnerable. Se han desarrollado cognitivamente lo suficiente para entender algunas de las ramificaciones permanentes de la muerte pero tienen una capacidad de afrontamiento muy pequeña; es decir, sus habilidades personales y sociales no están suficientemente desarrolladas para permitirles defenderse. El asesor debería tener en cuenta a este grupo en particular.

- También es importante reconocer que el trabajo del duelo puede que no acabe de la misma manera para un niño que para un adulto. El duelo por la pérdida de la infancia se puede revivir en muchos momentos de la vida adulta cuando lo reactivan acontecimientos vitales importantes. Uno de los ejemplos más obvios es cuando el niño alcanza la misma edad que tenía el padre cuando murió. Cuando se reactiva este duelo, no necesariamente presagia patología sino que simplemente es un ejemplo de elaboración.

- Es importante que el profesional de la salud mental desarrolle enfoques preventivos para los niños que han perdido a sus padres. Las mismas tareas del duelo que se aplican a los adultos se aplican obviamente a un

niño, pero estas tareas se han de entender y modificar en términos de su desarrollo cognitivo, personal, social y emocional.

Wolchick, Yue Ma, Tein, Sandler & Ayers (2008) proponen que en el tratamiento de duelo en niños se trabaje con la calidad de la relación cuidador-niño, la exposición a estresores, miedo al abandono y creencias de afrontamiento eficaces, al observar que estas variables median el proceso de duelo.

Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010), refieren que la mayoría de los tratamientos para el duelo en niños incluyen intervenciones que promueven la expresión de emociones por la pérdida, incluyendo las positivas, negativas y sentimientos en conflicto. Otra intervención valiosa ha sido la psi coeducación tanto para los padres como para los niños, acerca de la naturaleza de la muerte, así como las reacciones comunes de una pérdida significativa, esto ayuda al padre a asistir al niño con su duelo y ayuda al niño a entender la finalidad de la muerte y normaliza sus sentimientos acerca de la pérdida. También se sugiere que los padres y el niño recuerden al muerto e integren los recuerdos del ser querido en sus vidas de una forma positiva. Investigaciones recientes de Sandler (2003, en Pearlman, Schwalbe y Cloitre 2010), resaltan la importancia de las habilidades parentales como una parte integral del tratamiento.

Worden (1996) sugiere modelos de intervención con niños en duelo de forma grupal e individual, refiere que de forma grupal se proporciona a los niños un contexto seguro en el que pueden expresar sus sentimientos sin preocuparse por la presencia de sus familiares, además tienen el apoyo de sus pares y terapeuta, el compartir con otros niños les da la seguridad de que él no está sólo en la experiencia de la pérdida. Se recomienda principalmente a los adolescentes, debido a la importancia que otorgan a los pares en esa etapa del desarrollo. En cuanto a la atención individual es frecuente que no se usen actividades dirigidas sino aquellos juegos en los que el niño utilice varios juguetes, interactuando con el terapeuta. La hipótesis es que el proceso de conflicto y ansiedad del niño podrán ser elaboradas a través del juego, imaginación y actividad creativa. Los terapeutas pueden utilizar técnicas como la imaginación guiada, por ejemplo el niño puede tener una conversación imaginaria con el padre muerto, hablando de aquello que necesita decirle. La expresión artística también puede ser utilizada. La terapia individual le ofrece al niño en duelo un ambiente de seguridad emocional y estabilidad cuando se le dificulta al padre sobreviviente proporcionarlo, un ambiente emocional consistente favorece el proceso de duelo. También proporciona una relación estable con un adulto, esto está relacionado con aspectos resilientes, un mejor ajuste social en niños en duelo. También hay intervenciones familiares, la cual permite a los miembros hablar de la pérdida, este tipo de intervenciones se centran en la comunicación, ajuste familiar y solución de problemas. Existen modelos que integran la terapia individual con el niño y un programa

educacional para trabajar con el padre sobreviviente, considerando que si éste logra mantenerse consistente y estable, favorecerá la elaboración del duelo en el niño.

En un estudio realizado en México en el caso de un niño que pierde a su padre por cirrosis se propone un tratamiento cognitivo conductual planteando metas tanto para el niño como para la madre y también dentro de la díada hijo-madre. Dentro de las estrategias utilizadas para el tratamiento de la madre se encuentran: reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, entrenamiento en psi coeducación (proceso de duelo), entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en comunicación asertiva y entrenamiento en seguimiento instruccional. Las estrategias utilizadas para el tratamiento del niño que se utilizaron son: reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, técnica narrativa (proceso de duelo), entrenamiento de solución de problemas, entrenamiento de comunicación asertiva y entrenamiento en control del enojo. Las técnicas utilizadas se plantearon en base a un mapa clínico de patogénesis del hijo tanto como de la madre. (Valencia y Dávila, 2010).

Dentro de la perspectiva psicodinámica, el elemento clave es el análisis de la transferencia. Carl Jung es uno de los primeros en definir la transferencia como armonía psicológica y no como neurosis, destacando la función del analista y sugiriendo que para que el paciente logre cumplir con las demandas de adaptación "debe encontrar una relación con un objeto en el presente". Por tanto, en la elaboración de un proceso de duelo el desarrollo de la Relación Real exige un contacto donde el terapeuta presenta al paciente una relación que ponga todo su énfasis en el encuentro inmediato real entre ambos. Este examen de la realidad en el duelo demuestra que el objeto no existe, por lo que hay que ir retirando las ataduras libidinales. Este es un trabajo paulatino y doloroso por la resistencia del sujeto a abandonar cualquier posición libidinal, pero que con el trabajo de duelo normal tiende a la resolución, algo que no ocurre en la melancolía. Un factor predisponente a la melancolía y al duelo patológico es la ambivalencia hacia el objeto. Esta ambivalencia dota al duelo de una estructura patológica que se exterioriza en el reproche de haber deseado la pérdida del objeto amado, o incluso de ser culpable de ella. Al tener que enfrentar la pérdida se produce una conmoción que se resuelve con una identificación con el objeto muerto, para perderlo y para mantener las partes del Yo que se perdieron con él. Grinberg lo describe como una actuación masoquista del Yo bajo el predominio de la pulsión de muerte. Para M. Klein la evolución del duelo guardaría relación con las pérdidas sufridas durante el primer año de vida y las relaciones con el periodo de lactancia y destete. Afirmaría que todo duelo cursaría con culpa y ansiedad paranoide. La pena por la pérdida de la persona amada está aumentada por la fantasía de haber perdido los objetos buenos internos. Para esta autora el trabajo de elaboración consiste en ir gradualmente tomando confianza en los objetos externos, para fortalecer sus objetos buenos internos y su capacidad de amar, como le

ocurre al bebé en el momento de la elaboración de la posición depresiva. En resumen el trabajo del duelo patológico se desarrollaría de la siguiente manera: asegurar la desmarcabilidad del objeto, liquidar el investimento narcisista, expresar el odio-sadismo y asegurar el reencuentro con el objeto a través del masoquismo. (en Gutiérrez, Horteiga y Benítez, 2001). El juego tiene un papel central en la psicoterapia del niño, es el vehículo por excelencia, similar a los sueños en los adultos como la vía real al inconsciente. Además, en niños involucra una serie de funciones yóicas que cimientan y pavimentan el proceso terapéutico. (Rangel, 2009).

Dentro del modelo constructivista Neymeyer (2002) propone:

1. *Tomarse en serio las pequeñas pérdidas.* Dedicando tiempo a mostrar que nos preocupamos por un amigo que se muda lejos de nosotros o a vivir la tristeza que sentimos cuando dejamos una casa que se ha quedado grande o pequeña para nuestras necesidades, nos damos a nosotros mismos la oportunidad para “ensayar” nuestra adaptación a las pérdidas importantes de nuestras vidas. En el caso de los niños de un modo parecido, podemos utilizar la muerte de un simple pececillo de colores como una “oportunidad para aprender”, instruyendo a los niños sobre el significado de la muerte y su lugar en la vida, preparándoles para futuras pérdidas.

2. *Tomarse tiempo para sentir.* Aunque las pérdidas más importantes plantean toda una serie de exigencias prácticas que hacen que sea difícil “enfrascarnos” en nuestras reflexiones privadas, debemos encontrar algunos momentos de tranquilidad para estar solos y sin distracciones. Escribir en privado sobre nuestras experiencias y reflexiones en momentos de cambio puede ser una forma de mejorar nuestra sensación de alivio y comprensión. En el caso de los niños es importante darles el tiempo necesario para expresar la diferente gama de emociones con respecto a la pérdida, no presionarlos.

3. *Encontrar formas sanas de descargar el estrés.* Prácticamente por definición, cualquier tipo de transición es estresante. Debemos buscar formas constructivas de dominar este estrés, ya sea a través de la actividad, el ejercicio, el entrenamiento en relajación o la oración. Los niños tienden a descargar sus emociones a través del juego, donde hacen representaciones de la situación que les aqueja.

4. *Dar sentido a la pérdida.* En lugar de intentar quitarnos de la cabeza cualquier pensamiento sobre la pérdida, es mejor que nos permitamos obsesionarnos con ella. Intentando desterrar las imágenes dolorosas sólo conseguimos darles más poder. A medida que vamos elaborando una historia coherente de nuestra experiencia, vamos logrando una mayor perspectiva. Para que el niño pueda darle sentido a la pérdida es necesario que tenga claridad en cuanto a lo sucedido, para ello es necesario contestar todas las preguntas que el niño tenga con respecto a la pérdida.

5. *Confiar en alguien.* Las cargas compartidas son menos pesadas. Debemos encontrar personas, que pueden ser familiares, amigos, religiosos o terapeutas, a las que podamos explicarles lo que estamos pasando sin que nos interrumpan con su propio “orden del día”. Lo mejor es aceptar con elegancia los gestos de apoyo y los oídos dispuestos a escuchar, sabiendo que llegará un momento en que tendremos que devolver el favor. En el caso de los niños, es importante que sus figuras de apego le brinden la confianza necesaria.

6. *Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás.* Las otras personas afectadas por la pérdida tienen su propia manera de elaborarla y siguen su propio ritmo. No debemos obligarlas a adaptarse al camino que nosotros seguimos para elaborar nuestro dolor. No debemos esperar que el niño reaccione de igual manera que el adulto.

7. *Ritualizar la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros.* Si el funeral que se ha celebrado por el fallecimiento de nuestro ser querido no nos ha satisfecho, podemos preparar un acto que satisfaga nuestras necesidades. Hay maneras creativas de honrar las pérdidas no tradicionales que encajan con nosotros y con las transiciones que atravesamos. En los niños es importante explicarle los rituales, el que participen de ellos dependerá de su estado emocional y disposición para hacerlo.

8. *No resistir al cambio.* Las pérdidas de personas y roles que ocupan un papel central en nuestras vidas nos transforman para siempre. Lo mejor es abrazar estos cambios, buscando las oportunidades que presentan para el crecimiento, independientemente de lo agri dulces que puedan resultar, esforzarnos por crecer con la experiencia de la pérdida, al mismo tiempo que reconocemos los aspectos en los que nos ha empobrecido. Es importante no presionar a los niños a que se adapten a los cambios.

9. *Cosechar el fruto de la pérdida.* La pérdida hace que revisemos nuestras prioridades vitales y podemos buscar oportunidades para aplicar lo que nos enseña a proyectos y relaciones futuras. Debemos dejar que nuestras reflexiones constructivistas encuentren una forma de expresión en acciones adecuadas, quizás ayudando a otras personas que lo necesiten. Es importante que el adulto ayude al niño a re significar la pérdida.

10. *Centrarse en las propias convicciones religiosas.* Podemos utilizar la pérdida como una oportunidad para revisar y renovar las creencias religiosas y filosóficas que ya dábamos por supuestas, buscando una espiritualidad más profunda y templada, esto en los casos de que exista una creencia religiosa; con los niños se recomienda explicar de forma concreta sin buscar que entiendan abstracciones religiosas, ya que esto puede ser perjudicial.

Otro modelo es el centrado en el niño, al respecto Rogers (1972) refiere la terapia lúdica, la cual es un tipo de terapia centrada en el cliente pero para niños, éste tipo de terapia parte de autores clásicos como Ana Freud, Klein, Rank , Tarf y Allen. Dicho tipo de terapia se basa en la hipótesis central de la capacidad del individuo por crecer y auto dirigirse, se considera que a pesar de que el ambiente del niño no sea favorecedor, el

niño puede lograr cambios en éste al producir un cambio en sí mismo. En la terapia el niño puede ser verdaderamente él mismo pero siempre respetándose a sí mismo y al terapeuta, algunas condiciones que el terapeuta debe cumplir son: respetar el horario y confidencialidad, aceptar al niño como es en ese momento, reconocer que la hora terapéutica le pertenece exclusivamente al niño y se proporciona calor, comprensión y compañía, pero no liderazgo; se respetan los silencios y no se presiona a los niños para que hablen o jueguen ya que el silencio puede ser necesario y significativo al ser vivido como una oportunidad de intimidad psicológica, también puede haber niños que no necesiten el silencio ni el juego al tener una alta capacidad de insight, sobre todo en adolescentes. La hora que le pertenece al niño le permite expresar todos sus sentimientos, para ello debe sentirse comprendido, el hecho de que el niño sea aceptado como persona a pesar de las deficiencias parece ser una parte importante de la terapia; se le permite al niño hacer lo que él desee en esa hora, puede gritar o golpear a una muñeca siempre y cuando no dañe la integridad del terapeuta pues si lo hace puede crear culpa en el niño y afectar el proceso. Aunque se le permite al niño ser, se deben tener algunas reglas como el respeto del espacio y tiempo, aún es controversial si se le permite al niño llevar un amigo a terapia, se ha planteado que esto se puede hacer una vez al mes o dependiendo de las necesidades del niño.

Pearlman, Schwalbe y Cloitre (2010), plantean un modelo de tratamiento para niños en duelo llamado Terapia de Duelo Integral para Niños (IGTC) que se aplica a varios de los síntomas y circunstancias de niños en duelo. Este modelo va más allá de otras aproximaciones de terapia, ya que no solo atiende los síntomas como depresión y ansiedad, sino también la fortaleza de los niños en ciertas áreas y promoción de la resiliencia. Aunque la mayoría de las intervenciones de este modelo se basan en teorías cognitivo conductuales, también integra principios del sistema familiar, terapia interpersonal y aproximaciones narrativas. Este modelo se basa en los siguientes principios:

- El proceso de duelo es diferente en cada individuo: no hay una sola forma de experimentarlo, se da importancia a las diferencias individuales en el proceso de duelo, el terapeuta está atento a las necesidades.
- Siempre que sea posible, utilizar las intervenciones basadas en evidencia para guiar el tratamiento: es importante basarse en intervenciones que se ha comprobado son efectivas en diferentes investigaciones
- Identificar las metas y determinar cómo alcanzarlas: es importante que el terapeuta presente un plan de tratamiento basado en la discusión activa de las metas con el niño y en algunos casos (especialmente, cuando los niños son muy pequeños) con los padres. Esta discusión le permite al niño tener cierto sentido de control así como un sentido de estructura.
- Trabajar sobre la relación padre-hijo: en diversas investigaciones se ha visto que la reacción de los niños en duelo está altamente relacionada con el funcionamiento del padre sobreviviente o cuidador. La inclusión del padre sobreviviente o cuidador, es por lo tanto, fundamental en el trabajo con niños en duelo.

- Crear e implementar un plan de tratamiento consistente con el estilo del niño, cultura familiar y temperamento: no solo es importante elegir con qué intervenciones trabajar según las necesidades del niño, sino también aquellas que se adecuen a la personalidad del niño, temperamento, edad, habilidades, gustos y disgustos.
- Proporcionar expectativas claras de la terapia: muchas familias en duelo esperan cambios inmediatos en la terapia, es importante hablar con el niño y padres de que la terapia es un proceso, es necesario acordar el tiempo, lugar, día en los que se llevará a cabo, así también de los límites y confidencialidad.
- Trabajar en las fortalezas del niño y de la familia para proporcionar habilidades que los ayudarán a través del tiempo: al centrarse y reforzar las fortalezas individuales del niño y de su familia, así como usar recursos comunitarios, se fomenta la resiliencia.

Este modelo consta de tres fases:

1. Evaluar al niño: determinar sus necesidades y los síntomas que deben trabajarse, así como sus recursos que pueden ayudarlo y fomentar la resiliencia. Es importante explorar sobre la naturaleza de la muerte, rituales y creencias al respecto, estresores después de la pérdida, estrategias de afrontamiento.
2. Trabajar con los síntomas que se presentan: depresión (cambio de conductas, pensamientos, promover relaciones), ansiedad (introduciendo al niño en el tema de la ansiedad, identificar sus señales de ansiedad, habilidades de afrontamiento para niños ansiosos, p.e relajación), problemas de conducta (centrarse en las fortalezas, incrementar los afectos, fomentar el juego y la comunicación). Es importante explorar las creencias acerca de la muerte que tiene el niño, revisar las rutinas, roles y responsabilidades, trabajar con la expresión emocional y modulación, mejorar habilidades sociales y soporte social.
3. Trabajar con el duelo y construcción de la resiliencia: enseñar habilidades de afrontamiento, abordar los sentimientos, pensamientos y conductas que acompañan la pérdida, así como las estrategias para enfrentarlos, a través de la reestructuración cognitiva, auto monitoreo de los pensamientos, auto regularse utilizando pensamientos positivos, distraerse en cosas que disfruta; trabajar con los recuerdos, integrar el pasado y el presente (compartiendo recuerdos de la persona muerta, promover recuerdos positivos, trabajar con los sentimientos que causan conflicto, normalizar los pensamientos y sentimientos, discutir con la familia la pérdida del ser querido, armar la historia de vida cuando estaba presente el ser querido y ahora que ya no está, hacer un álbum, seguir la conexión con el ser querido y crear una nueva relación con éste); fomentar la resiliencia (proporcionar psicoeducación acerca de la resiliencia, determinar las necesidades de salud mental del padre, trabajar con la solución de problemas para minimizar el estrés familiar, incrementar el afecto y disciplina, trabajar con habilidades de parentalidad, centrarse en las fortalezas del niño, incrementar el acceso del soporte social. La terapia se considera terminada cuando el niño y el padre sobreviviente han alcanzado sus metas propuestas en la terapia y están dispuestos a confiar en los demás y apoyarse en momentos de estrés.

El modelo IGTC enfatiza la importancia de involucrar a los padres en el tratamiento de las siguientes formas: revisar las habilidades parentales y de afrontamiento; reforzar las principales estrategias de afrontamiento que podrán ser modeladas al niño por medio del padre; facilitar la comunicación positiva entre el padre y el niño, incluyendo la comunicación y sentimientos acerca de la pérdida.

Sorensen (2008) propone un modelo de trabajo con actividades que integra diversas aproximaciones como: desarrollo, aprendizaje socio emocional, inteligencia emocional, terapia expresiva y terapia cognitivo conductual. Su objetivo es llevar al niño a experiencias expresivas y transformacionales conforme se enfrenta a superar la pérdida. Se considera transformacional porque:

- Ayuda al niño a comprender y expresar sus emociones
- Normaliza las emociones ante la pérdida del niño y adulto
- Proporciona un fundamento a los niños para trabajar a través de experiencias dolorosas y después descubrir nuevas formas de percibir las de acuerdo a su tipo de pensamiento
- Ayuda a sentar las bases de la terapia cognitivo conductual generando nuevas explicaciones o perspectivas alternativas posibles de una situación. Ayuda al niño a generar nuevos patrones de pensamiento, descubriendo nuevas formas de jugar, de recordar, de expresar la pérdida y pensar acerca de si mismos.
- Favorece la discusión y expresión creativa a través de dibujos, historias, etc.
- Ayuda al niño a construir un vocabulario de sus emociones y desarrollo emocional
- Permite al niño cambiar su percepción de una pérdida para resolverla conforme pasa el tiempo.

Sorensen (2008) propone diferentes actividades expresivas, comenzando por abordar las emociones (identificación, expresión y manejo), posteriormente propone actividades relacionadas con las pérdidas (experiencias y reacciones normales), en la última fase propone una historia de un personaje que experimenta diversas pérdidas, esto ayuda al niño a mostrar la forma en cómo se sintió el personaje y como fue afrontando las diversas pérdidas.

En un artículo escrito por Bailey y Kress (2010) se proponen técnicas de intervención creativa para resolver el duelo traumático, algunos de dichas técnicas son: epitafios, poemas (acrósticos), completar oraciones, cartas, drama, rituales, dibujos, collage, etc.

Goldman (2001) sugiere facilitar la crisis en los duelos complicados por suicidio, homicidio, sida, abuso, etc., haciendo hincapié en la necesidad de separar a la persona que murió de la forma en cómo murió, para que se pueda llorar por la persona muerta; así también sugiere definir la forma en cómo murió esa persona (suicidio,

homicidio, abuso, acto terrorista). Esto debido a la poca inhabilidad de discutir estos temas abiertamente con el niño crea una atmósfera de secreto, soledad y aislamiento. Dentro de las actividades que sugiere para estos niños se encuentra:

1. Leer historias que le permitan identificar sus sentimientos con alguno de los personajes. Esto da apertura al diálogo con el niño.
2. Permitir al niño visualizar su miedo, dolor, enojo, a través de dibujos o imaginación.
3. Invitar a los niños a hacer un re cuento cronológico de las pérdidas que ha tenido. Esto permitirá que tenga una representación concreta de las pérdidas que ha experimentado.
4. Crear un genograma y encerrar en un círculo a los integrantes que están vivos y los que han muerto. Esto le ayudará a recordar a quienes han muerto y a los familiares que se encuentran vivos y le dan soporte.

Goldman (2001) habla de algunas técnicas a trabajar con niños que han perdido a sus padres por suicidio, recomienda que se hable de la muerte del padre por suicidio no de la muerte del padre que se suicidó. Sugiere técnicas proyectivas como el dibujo o usar los juguetes para que el niño represente el evento o trabajar con arcilla, de forma que el niño pueda expresar el dolor u otros sentimientos al respecto. Recomienda:

- Definir el suicidio como cuando “alguien hace que su cuerpo deje de funcionar”
- Dar una explicación de los hechos, adecuada a la edad del niño
- Despejar los mitos del suicidio
- Modelar los sentimientos y pensamientos de los niños
- Enfatizar que el suicidio es un error porque siempre hay otra salida.

Hung y Rabin (2009) refieren que en los casos de suicidio es recomendable trabajar con el padre sobreviviente así como en el niño. Consideran pertinente la terapia de grupo al establecer que ésta es un importante soporte emocional, además los niños se dan cuenta que no son los únicos a quienes se les ha muerto un padre por suicidio, dentro del grupo hay empatía.

En cuanto a la terapia individual cuando muere alguno de los padres por suicidio se sugiere un tratamiento de dos fases, en la primera se tiene un componente educacional acerca de las reacciones comunes después de la muerte por suicidio del algún familiar, en la segunda fase se designa un programa de tratamiento de acuerdo a las necesidades y metas del niño y padre sobreviviente. (Webb, 2003 en Hung y Rabin, 2009)

Otro modelo es el planteado por Payás (2010), quien refiere que “la pérdida de la relación debe sanarse en el contacto que proporciona la relación con los otros: sin ese otro, sanar el duelo no es posible”. Dicho autor

considera importante tomar en cuenta que todas las respuestas de afrontamiento tienen una función en el duelo que debe ser identificada y evaluada, y debemos, mediante una cuidadosa exploración de la vivencia subjetiva de estas conductas, sentimientos o pensamientos, dilucidar si son estrategias que están contribuyendo a que el proceso vaya desarrollándose de una forma natural o, por el contrario, son respuestas inadaptativas. También refiere que para describir la complejidad de la experiencia del duelo, ha utilizado un conjunto de teorías que incluyen las perspectivas del self y la construcción de las defensas, las teorías sobre el ajuste traumático, la mirada desde la neuropsicobiología y los constructos motivacionales sobre el apego, entre otras. Estas teorías sobre el ser humano, la vinculación y la desvinculación tienen puntos en común y, organizadas en un marco conceptual único, nos permiten acercarnos a la experiencia de duelo contemplando sus distintas facetas. El desarrollo de un marco conceptual que englobe teorías con la misma visión sobre el ser humano es una de las estrategias útiles para la integración en la psicoterapia.

El objetivo de la intervención terapéutica en el duelo no es el restablecimiento del contacto con el objeto perdido, ni el alivio de la sintomatología o del sufrimiento, ni la extinción de comportamientos o estrategias consideradas como maladaptativas. La intervención terapéutica debe estar orientada a potenciar el procesamiento integrado de la experiencia de pérdida, sea en los elementos de estrés o trauma, en su vertiente defensiva, en los aspectos propios de la relación pérdida o en la tarea de reconstrucción de significados. Cada uno de estos estados, en tanto que es reflejo de los distintos self que el paciente presenta, con sus dimensiones físicas, pensamientos, cogniciones, impulsos, al ser integrado permitirá el acceso profundo a experiencias plenas, lo que posibilitará el desarrollo de significados nuevos sin necesidad de disgregar y disociar, ni de establecer defensas. Y para que se produzca esta integración de las distintas dimensiones del self recuperando las partes disociadas, hay que facilitar el restablecimiento de las cogniciones neurales promoviendo un proceso integrado emocional- cognitivo. Es importante identificar cuál es la tarea o necesidad de duelo más presente en ese momento en el paciente, y si la dinámica oscilatoria es apropiada o no. También deberemos identificar cuándo el duelo es complicado y cuándo estamos fuera de este intervalo de tolerancia porque se ha producido una fijación en las estrategias de afrontamiento que deberá tratarse de forma específica (Páyas, 2010).

Payás (2010) considera que la relación entre terapeuta y paciente es el corazón de la práctica de la psicoterapia, todo un desafío a la idea del terapeuta desconectado, observador objetivo e imparcial del proceso del paciente. No es posible acompañar a una persona en duelo sin implicarse, sin participar de la relación, el terapeuta debe a veces responder afectivamente, y su subjetividad no sólo es inevitable, sino que a veces constituye un rasgo esencial y potenciador de una experiencia de relación saludable y reparadora. Una proposición fundamental del modelo de psicoterapia integrativa, según el autor, es que la necesidad de relación

constituye una experiencia motivadora primaria de la conducta humana, y que el contacto con el otro es el medio por el que se satisface la necesidad. Una psicoterapia integrativa es aquella en que las dimensiones afectiva, cognitiva y conductual, fisiológica y relacional de las personas son tomadas en cuenta de forma conjunta a lo largo de todo el proceso del tratamiento. Según Erskine y otros (1999 en Payás 2010) el sentido del sí mismo integrado en la relación con el paciente es la herramienta más eficaz que el terapeuta pueda utilizar. Payás (2010) considera que este principio se aplica a la psicoterapia de duelo pues si el dolor emocional surge de la ruptura del contacto con el ser querido, entonces la elaboración de esa ruptura, tanto interna como externa, debe darse dentro de otra relación.

La psicoterapia de duelo está basada en la relación terapéutica como instrumento esencial del proceso de transformación. Nosotros no podemos devolver a la persona amada, pero sí podemos ayudar al doliente a examinar la fragmentación de su mundo interno y externo producido por su ausencia, identificar las disrupciones de contacto interno, ponerles nombre, contribuir a la integración de los distintos aspectos negados y facilitar una nueva reconstrucción a partir de la emergencia de nuevos significados. Ésta es una tarea ardua que la persona no puede hacer por sí sola: necesita de sus seres queridos para que le provean esta interacción necesaria para la recuperación. Cuando esto no ocurre, cuando la persona en duelo no tiene este apoyo del entorno, o en las situaciones en que el duelo se complica, es el terapeuta quien facilitará la concientización de estos aspectos por parte del doliente a través de la vinculación de seguridad y confianza que es capaz de crear con él. Las teorías que explican la importancia de la vinculación en el desarrollo humano apuntan a la idea de la psicoterapia fundamentada en la relación terapéutica como provisor de una base de seguridad en la que el paciente pueda sentirse cómodo y seguro. Especialmente cuando trabajamos con personas con una historia de apego inseguro, que no se han sentido acogidas en sus experiencias de malestar por los adultos de referencia, el hecho de establecer una relación de confianza con un terapeuta implicado va a permitir que puedan prevenirse posibles complicaciones en el proceso (Payás, 2010).

Payás (2010) retoma el concepto de transferencia de Kohut “la transferencia se refiere a un conjunto de aspectos cualitativos característicos que se dan en todas las relaciones psicológicas significativas de la persona a lo largo de su ciclo vital y que se reproducen en la manera en que paciente y terapeuta construyen la relación”. Estas expresiones contemporáneas de estructuras arcaicas van emergiendo a medida que se va desvelando la historia del paciente y son una consecuencia añadida de la presencia del terapeuta y de su impacto; por tanto, desde la perspectiva de la psicología del self, la intersubjetividad y las teorías relacionales, la transferencia no debe verse como una distorsión, sino más bien como una oportunidad para el cambio terapéutico. La mirada de comprensión y el hecho de ofrecer un espacio de seguridad y carente de juicios estimulan la historia y los

afectos del paciente. Al ofrecer este espacio de intimidad y confianza, el paciente puede transferir sus necesidades básicas a la relación, mostrando cuáles son sus miedos, sus decepciones en la demanda de ayuda, su dificultad para dar sentido a lo que le sucede y su confusión y sus sentimientos de inadecuación. Según Payás (2010) en el acompañamiento de personas en duelo, la transferencia tiene un doble origen: por una parte, la persona transfiere los modelos relacionados con la demanda de ayuda y la satisfacción de necesidades afectivas establecidos en la infancia y, por otra, transfiere el modelo actual que vive en sus relaciones de apoyo ante la situación de pérdida, especialmente si éstas están fracasando en la provisión de un espacio reparador de la experiencia. Cuando estos fracasos relacionales del pasado o del presente se trasladan a la relación con el terapeuta en forma de transferencia, la persona en duelo tiene una segunda oportunidad para trabajar y elaborar esos escenarios de desatención, incluidos a los modelos de apego, que en algunos casos pueden ser restaurados en la relación íntima y segura que entre ambos son capaces de crear.

Cabe mencionar que según Payás (2010) la eficacia de una estrategia terapéutica (o de un procedimiento) dependerá de si la tarea o necesidad de duelo a la que se ha dirigido está ajustada a la experiencia concreta de duelo que la persona vive en ese momento dado. El modelo de tareas y necesidades proporciona un edificio consistente y coherente del que se deriva una terapia de métodos y estrategias. La selección discriminada de estrategias deberá realizarse siempre teniendo en cuenta este modelo que nos va a permitir distinguir entre estrategias útiles para abordar elementos del trauma (aturdimiento y choque), estrategias para elaborar aspectos relaciones (conexión e integración) y estrategias útiles para suscitar aspectos de nuevos significados y cambios en la vida del doliente (crecimiento y transformación). La integración de las estrategias específicas de intervención es el tercer significado del término psicoterapia integrativa aplicado al duelo.

En cuanto a los métodos para una psicoterapia integrativa relacional en el duelo, Payás (2010) considera de suma importancia la relación terapéutica: el atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo. Dicho autor trabaja especialmente con adultos, pero algunas de las necesidades de las que habla, se pueden retomar con los niños. Dentro de estas necesidades se encuentran:

- 1- Ser escuchados y creídos en toda su historia de pérdida: el terapeuta deberá identificar las áreas donde la persona no se ha sentido validada por su entorno y responderá afectiva y empáticamente confirmando sus sentimientos de inadecuación, de vacío y de frustración. En el caso de los niños, es importante escuchar lo que piensan e imaginan en torno a la muerte.
- 2- Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones: las personas que han sufrido experiencias de pérdida y trauma necesitan sentir que van a ser sostenidas en su expresión emocional, sea la que fuere; que ante

su necesidad de re experimentar aspectos dolorosos van a estar ante alguien que les dé permiso para conectar con su vulnerabilidad y a la vez transmita la confianza y seguridad de que van a ser contenidos; un terapeuta que no tenga prisa ni miedo, que ofrezca una plataforma de seguridad donde puedan expresar y permitirse sentir sus miedos: miedo al futuro, a la soledad, a la propia muerte, a la muerte de otros allegados, o simplemente miedo a volverse locos de dolor. Ofrecer una figura de protección y guía que responda a la necesidad de descontrolar de las personas en duelo, abrumadas por sus sentimientos de tristeza, aflicción, miedo, enfado o necesidad de regresión, es atender su necesidad de permiso y de protección. En el caso de los niños, según mi experiencia dentro de la psicoterapia es de suma importancia que exista una figura de protección que responda a sus necesidades, dentro del espacio terapéutico y fuera de éste.

3- Ser validadas en la forma de afrontar el duelo: paralelamente a la facilitación de la expresión emocional, el terapeuta acompaña validando estos sentimientos como algo natural y necesario en el proceso. Al permitir su libre expresión, confirma la experiencia subjetiva del cliente normalizando su vivencia. Muchos dolientes sienten que se están volviendo locos, o que si se permiten dar libre curso a su sufrimiento no están actuando bien; se sienten juzgados por su entorno y ellos mismos se juzgan. El terapeuta no sólo provee la seguridad física para que ellos puedan expresar estos sentimientos incómodos, sino que también valida su función dentro del proceso. De forma a veces no verbal, el terapeuta le hace saber al doliente que sus necesidades y sentimientos son normales y aceptables. La mirada incondicional que proporciona el terapeuta es lo que va a facilitar que el doliente se permita expresar toda su vulnerabilidad física y afectiva. La sensación del paciente con respecto al interés del psicoterapeuta por su bienestar es la de ser aceptado por una persona estable, protectora y en que puede apoyarse durante el tiempo de la terapia. En el caso de los niños es importante validar sus emociones y explicar que hay otros niños que también han perdido a sus seres queridos y tienden a reaccionar con diversas emociones.

4- Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad: la necesidad de reciprocidad no implica que el terapeuta tenga que haber pasado exactamente por la misma experiencia de duelo que el paciente, pero sí que el paciente sienta que es acompañado por alguien que no sólo entiende mentalmente su dolor por la pérdida del ser querido, sino que además sabe algo, por su propia experiencia, de cómo es ese dolor. La reciprocidad en la relación terapéutica se satisface cuando el paciente, al expresar lo que siente, percibe que ésta ante alguien que “sabe” de lo que le habla y que es capaz de mostrar su subjetividad en la relación interpersonal. La reciprocidad implica que el terapeuta es sabio, que ha hecho un recorrido personal por sus propias pérdidas, sean éstas muertes, separaciones o carencias afectivas de su infancia, y tiene una considerable experiencia como paciente. Sólo así el reconocimiento y la validación que puede hacer de la experiencia subjetiva de la persona en duelo a la que acompaña van a poder ir más allá de un normalizar con palabras tales como “te entiendo” o “me

imagino que”. El terapeuta puede poner el tono de la empatía porque “sabe” de primera mano lo que es estar ahí. En el caso de los niños también es importante mostrarse empáticos.

5- Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo: la necesidad de autodefinirse en una relación es la necesidad de experimentar y expresar que somos seres humanos únicos y diferentes de los otros y que esta diferencia es respetada por los demás dentro de la relación. En el duelo, la autoafirmación es una necesidad muy importante, porque hay a menudo la manera única en que la persona vive su dolor es negada, minimizando o desautorizada por el entorno. La necesidad de autodefinición se satisface cuando el terapeuta apoya de forma consistente las expresiones de identidad del paciente. De la misma forma, en psicoterapia de duelo el terapeuta debe validar todas y cada una de las múltiples maneras especiales que el doliente tiene de vivir su proceso de pérdida. De igual manera es fundamental respetar el proceso de duelo en el niño, la cual puede ser diferente a la del adulto.

6- Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro: es un reflejo de la necesidad que tienen las personas de saber que lo que cuentan o sienten tiene un efecto en quienes las están escuchando. La protesta emocional del niño, tal y como la describe Bowlby, no deja de ser un intento de aumentar la posibilidad de tener un impacto, cuando éste se siente que no es capaz de influir en su entorno, que su manera de actuar no tiene ningún efecto en las figuras de los adultos de referencia, que haga lo que haga es como estar delante de una pared. La necesidad de que el dolor de la persona que ha persistido a su ser querido impacte en el entorno cercano es una necesidad relacional que tiene que ver con la posibilidad de que se dé o no la integración de la experiencia. El niño también puede presentar dicho sentir.

7- Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa: es frecuente en muchos modelos de psicoterapia que se espere siempre sea el paciente quien inicie el contacto en la relación. Las personas que han perdido a un ser querido suelen estar muy inactivas y poco disponibles para el contacto terapéutico, sobre todo en los primeros momentos de duelo, pero esta pasividad en principio no es transferencial, sino que se puede atribuir a un estado de choque, por tanto, el terapeuta no puede esperar que el doliente se haga cargo de todo su proceso terapéutico. La persona en duelo no puede responder a esas preguntas porque están fuera de su alcance, emocional y cognitivamente. Para algunos pacientes es especialmente importante y reparador que experimenten que el terapeuta lleva el control y toma en ocasiones la responsabilidad de hacer que algo ocurra en el proceso terapéutico. Cuando el terapeuta explora las necesidades del paciente y es capaz de identificar que esto es necesario para él, puede tomar la iniciativa en la relación y proveer de un contacto relacional gratificador. Muy a menudo las intervenciones más poderosas que el terapeuta hace son de naturaleza no verbal: moverse al lado del paciente, tomarle de la mano o decir con la mirada “Estoy aquí contigo, no me voy”. Estas intervenciones muestran al paciente que está siendo escuchado, validado y comprendido, y que su necesidad es detectada sin que sea preciso expresarla. En los niños esto puede variar.

8- Poder expresar amor y vulnerabilidad: en la intimidad con el otro, la persona se siente cuidado, protegida y apreciada. Estos sentimientos deber ser expresados de forma natural en el contexto de la relación. El ser humano, por naturaleza, necesita recibir amor, pero también necesita poder expresar amor. A medida que las personas en duelo van haciendo su trabajo y avanzan en su proceso, emerge progresivamente en ellas la necesidad de expresar el afecto por el amor recibido y perdido, pero también el amor no recibido y que ya nunca más podrán tener, al menos en esa relación. Del mismo modo que la satisfacción por parte del terapeuta de las necesidades de seguridad, aceptación su validación facultan a la paciente para expresar su dolor, así el terapeuta debe crear un espacio en la relación en que el paciente pueda experimentar y expresar ese amor. Hacer el duelo y avanzar en el camino es también recuperar la capacidad de amar.

Si él terapeuta sensible responde a ellas, creará las condiciones que garantizan el espacio de seguridad donde la persona pueda vivir su experiencia de duelo con mucha menos necesidad de estrategias de distorsión-inhibición y con un intervalo de tolerancia cada vez mayor.

Otro método que refiere Payás (2010) es la empatía e indagación, esta última refiriéndose a preguntar con la finalidad de aumentar el nivel de relación del paciente consigo mismo, es decir, para aumentar su nivel de conciencia acerca de lo que está viviendo, para que ponga atención en algún aspecto concreto de su experiencia, dentro de la indagación hay un respeto e interés genuino, se evitan las preguntas cerradas así como las manipuladoras. Dentro de las áreas de indagación más frecuentes en el proceso de duelo se encuentran:

1. Síntomas físicos de duelo
2. Gestos y expresiones físicas
3. Emociones y estados emocionales
4. Pensamientos, creencias y valores
5. Sueños y fantasías
6. Conductas y decisiones
7. Recuerdos y evocaciones sobre el ser querido
8. Ilusiones y expectativas truncadas
9. Interpretaciones y significados
10. Esperanzas y porvenir

Payás (2010) refiere que no hay un modelo terapéutico más eficaz, según las conclusiones de estudios experimentales importantes, no hay un modelo de tratamiento de psicoterapia consistente per se que revele ser beneficioso. La persona en duelo puede ser consciente de algunas de ellas, y esa percepción hace que pueda

expresarlas abiertamente. Otras veces las necesidades permanecen fuera de la conciencia, y el terapeuta deberá explorarlas e identificarlas a fin de darles una respuesta satisfactoria dentro del proceso terapéutico.

A manera de conclusión de este capítulo concuerdo con el autor antes mencionado en cuanto a que no hay un modelo terapéutico más eficaz que otro, pues a pesar de que hay mayores reportes de investigación de eficacia en el tratamiento del duelo dentro del modelo cognitivo conductual, hay otros modelos como el centrado en el niño y psicodinámico que también resultan eficaces, según mi experiencia. Me parece que parte importante del éxito de la terapia con niños en duelo surgirá de la sensibilidad del terapeuta hacia las necesidades del niño, las cuales deben ser satisfechas y escuchadas. Considero que depende de las necesidades, problemática, contexto y personalidad del niño el enfoque y técnicas a aplicar.

Un aspecto a considerar en el duelo en niños es su individualidad, pues si bien los diferentes autores han propuesto fases y reacciones del duelo de acuerdo a la edad, éstas varían de individuo a individuo. Aunque las fases propuestas sirven de guía para los profesionales de la salud es de suma importancia tener en cuenta la individualidad del sujeto y su contexto.

Otro punto importante a concluir es si los niños logran salir adelante y no desarrollar una patología ante la muerte de uno de sus progenitores, pues como se ha visto a lo largo del texto hay autores que consideran que la muerte de un padre desembocará patologías posteriores en el niño. Me parece que si el niño presenta diversos factores protectores que le favorecen, como los señalados en el capítulo: soporte familiar, salud psicológica del padre sobreviviente, apoyo social, contención, etc.; el niño será capaz de desarrollarse eficazmente de acuerdo a su edad, claro está que el evento (muerte de uno de los padres) no se olvida, la huella permanece y tendrá que resignificarse dentro del mundo interno y externo del niño, habrá que darle un significado. Es por ello la importancia de una madre contenedora en las primeras experiencias de pérdida del niño, pues la forma en cómo el niño haya afrontado estas pérdidas tendrá una repercusión en pérdidas posteriores, tema en el que profundizaremos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 4. VÍNCULO Y FUNCIONES MATERNAS EN LAS DIFICULTADES PARA LA ELABORACIÓN DEL DUELO

Al revisar el capítulo de vínculo y funciones maternas se pudo observar que existe una relación entre estas y la salud mental del niño, Bowlby (1986) refiere que se han ido acumulando multitud de datos que indican la existencia de una relación causal entre la pérdida de cuidados maternos en los primeros años de vida y un desarrollo alterado de la personalidad. Muchas desviaciones corrientes parecen ser consecutivas a una experiencia de esta índole, desde la formación de un carácter delincuente hasta una personalidad depresiva. Además como recuerda concisamente Dora Black (1998, en Tizón, 2004)) para que se dé un desarrollo emocional, social y psicosexual óptimo, los niños necesitan una experiencia cálida, segura, afectiva, individualizada y continua de cuidados a partir de pocos cuidadores que interactúen con ellos en forma sensible y que además, puedan vivir en armonía el uno con el otro. Así también diversos autores hablan de la relación entre el vínculo materno madre-hijo y las dificultades para la elaboración del duelo, Bowlby (1986) refiere que la separación de un niño pequeño de su amada figura materna precipita, por lo general, procesos de duelo de índole patológica.

Kein (1935-1940, en Bowlby 1986) mantiene que los lactantes y los niños en la primera infancia sufren duelo y atraviesan fases depresivas y sus formas de responder en tales periodos determinan como reaccionarán en épocas posteriores de su vida a otras pérdidas análogas.

Tizón (2004) refiere que naturalmente el prototipo y el inicio de los primeros duelos es el que acaece en el infante de días y meses cada vez que la madre deseada o los aspectos deseados de la madre (objetos parciales) no acuden a subvenir sus necesidades: necesidades de ternura y acogimiento física, necesidades del hambre y la sed, necesidad de ser movido, etc. Por tanto, las primeras situaciones de pérdida de lo amado se dan ya desde los primeros momentos de la vida y de ahí también el papel crucial que juega la madre como el otro extremo primordial del ser humano en formación. Es la madre o sustituta, junto con el medio que ayuda en la contención emocional de esta, quien ha de ayudar a elaborar la compleja serie de sentimientos que su propia pérdida momentánea provoca: la sorpresa, el temor, las sensaciones desagradables, angustia, la ira, la rabia, el resentimiento, la desesperación, la desorganización que en ocasiones despierta en el bebé su marcha o desatención. Es la madre o persona sustituta (y en general, el triángulo primordial o triangulación originaria madre, padres, capacidades del hijo) la que proporcionará los apoyos (y modelos) fundamentales para soportar la pérdida, el dolor, etc. De ahí también que las pérdidas importantes en la vida suelen acercar a los individuos que las sufren nuevamente al hogar familiar y a su recuerdo. Esas pérdidas de relación entre el niño y los

objetos familiares se reiteran durante la infancia, máxime hasta que el niño logra hacerse una representación (una fantasía) de la permanencia del objeto a pesar de que externamente el objeto se haya alejado.

Tizón (2007) menciona que las dificultades importantes en las relaciones madre-hijo tempranas o un destete inadecuado o prematuro pueden reforzar o determinar formas de placer muy primitivas (como las auto sensoriales, masturbatorias, solipsistas, etc), o bien temores profundamente introyectados en la estructura del yo ante las sorpresas y lo inesperado, aunque pueda ser agradable. La manifestación de la alegría puede detenerse o retrasarse un tiempo o incluso adoptar formas “desviadas” de manifestación (ante objetos sustitutos, en la soledad, en el juego con objetos materiales y no con el objeto primordial). Por el contrario, si la relación es fundamentalmente buena, el bebé podrá manifestar cada vez más frecuente e intensamente la ternura, un sentimiento mucho más elaborado, más “fino” que los anteriores, e incluso ir elaborando y expresando la vergüenza no paranoide, imposible de estructurar si han existido demasiadas interferencias relacionales previas. La autoestima y la culpa preparatorias, alcanzadas gracias al éxito en los procesos de separación-individuación y a la tolerancia del triángulo primordial ante los errores en dicho proceso, son consecuencias fundamentales de esa transición psicosocial básica que es el logro de la capacidad de marcha autónoma y segura y, por lo tanto, de la separatividad.

Tizón (2007) considera la gran importancia que tanto los duelos primitivos como la relación con un ser estable y cuidador poseen para el desarrollo emocional posterior. Menciona que es posible observar, desde luego, niños más expresivos que otros desde el nacimiento, pero, sobre todo, niños que, desde las primeras semanas, pasan a ser expresivos o poco expresivos (fundamentalmente, de esas emociones); niños que desde las primeras semanas serán capaces de manifestar placer, sorpresa, disgusto y niños que están inhibidos en esa manifestación, tanto por causas connatales como, sobre todo, por causa de las primeras relaciones y pérdidas con la madre o sustituta y la triangulación originaria. Es decir, que incluso el temperamento, y, por supuesto, los dos más clásicamente descritos (temperamento irritable e inhibición conductual), desde esta perspectiva se hallan genéricamente vinculados tanto con la connatal como las primeras contingencias en la vida relacional de la díada y la triangulación originaria. En definitiva, desde las primeras semanas es la madre o persona sustitutiva la que ayuda a elaborar la compleja serie de emociones que el desarrollo temperamental y los disfrutes propios del desarrollo epigenético provocan (y, entre otros, los provenientes de su ausencia o su presencia sin cuidados adecuados). Es la madre o la persona sustitutiva la que proporciona los apoyos (y los modelos) fundamentales para soportar la pérdida y el dolor. Cada duelo adecuadamente elaborado, sobre todo en la infancia, supone un paso en el proceso de diferenciación, de consolidación del self, y viceversa: si un

duelo en la infancia no se elabora, ello significará importantes dificultades en el primer proceso de separación e individuación (Tizón 2007).

Tizón (2004) considera que si las pérdidas son adecuadamente contenidas y ayudadas a elaborar, a largo plazo afectarán menos: tanto las defensas egoicas como ese mundo interno son más flexibles en los niños y eso lo dota de mayor resiliencia y capacidad de adaptación ante las pérdidas, que a los adultos. Está claro que el niño necesita a lo largo de todo su desarrollo de la existencia de figuras de apego, que cumplan las tareas correspondientes, en el caso de las pérdidas y duelos importantes, es imprescindible que el niño sea acompañado y contenido por seres que le proporcionen el plus de contención y defensas externas que precisará para la elaboración.

Tizón (2007) resalta la importancia de la contención como función emocional básica para que haya tiempo, lugar y espacio (mentales) para el desarrollo de los procesos de duelo y, en particular para la elaboración intrapsíquica del mismo. Entiende la contención al modelo posklieniano:

1. Empatía
 - a. Podemos conectar con las emociones ajenas o propias (podemos introyectarlas)
 - b. Y sentir las dentro de nosotros, gracias a la acción de la identificación por proyección
2. En consecuencia, significa una identificación pasajera con el otro (o con otros momentos de nosotros mismos).
3. Pero sin que ello lleve a la actuación, a pasar inmediatamente a intentar “poner remedio” a esas emociones
4. Porque podemos soportar su impacto
 - a. Gracias a la solidaridad/ amor que sentimos por el afligido a los niveles o medios para la contención que nos cuidan y protegen
 - b. Y gracias a nuestras características de personalidad
 - c. Basadas, sobre todo, en la contención que nos soportó en la infancia
5. Lo cual nos facilita el pensar y utilizar esas emociones para pensar. Eso es lo que nos permite dejar de actuar si no es imprescindible
6. O, si llegamos a la conclusión, cognitiva o intuitiva, de que hay que actuar (incluido el decir, hablar, recomendar), lo haremos con una elaboración o integración mayor que en los primeros momentos del impacto emocional.

Tizón (2007) considera que las funciones emocionales básicas a considerar en el trabajo asistencial y, por lo tanto, en la atención a los duelos y procesos elaborativos, son las funciones de la solidaridad o amor, la contención, la esperanza y la confianza. Ese conjunto de funciones emocionales introyectivas, si predomina sobre las funciones emocionales proyectivas (odio, incontinencia, desconfianza, desesperanza) proporciona ese resultado que Meltzer (1989,1990, 1998) y Bion (1962, 1966, 1970, en Tizón, 2007) llamaron capacidad de pensar, resultado y componente básico de la posibilidad de elaborar las pérdidas y los duelos y de reorganizar el mundo interno y externo tras el duelo.

A continuación se describen las funciones emocionales en la relación (diferentes formas de contener y distribuir el sufrimiento mental relacionado con el crecimiento y el desarrollo):

- *Fundamentalmente introyectivas*; generación de amor, solidaridad, vinculación, fomento de la esperanza, contención del sufrimiento mental, confianza.
- *Fundamentalmente proyectivas*; suscitamiento del odio, destructividad, desvinculación, siembra de la desesperación, incontinencia, emanación y proyección de la ansiedad persecutoria, desconfianza, confusión.
- *Formas de aprender y crecer consecutivas*; por experiencia, por identificación proyectiva, por identificación adhesiva, por “robo o descuido”, por acumulación obsesiva, por delirio, por sumisión al perseguidor.

Tizón (2007) hace énfasis en que la contención es una función emocional introyectiva, resultado de la introyección de otro con capacidad de recibir, las comunicaciones y proyecciones, elaborarlas en su interior y favorecer así, mediante la identificación con el objeto contenedor introyectado, la creación (o el mantenimiento) de un continente interior en el individuo. La existencia de una capacidad de contención suficiente en el self es lo que proporciona esa posibilidad de vivenciar y soportar la compleja gama de afectos interrelacionados, cambiantes, a menudo dolorosos, que se experimenta en cada pérdida importante y cada duelo. A menudo, al contrario de lo que suele creerse desde una cierta visión solipista del psicoanálisis, la permanencia de un objeto externo, de otro o una red social que acompañe al deudo, es fundamental para conseguir evitar la tendencia al desequilibrio en las primeras fases de la elaboración. De ahí que este es otro de los campos en los que la mente y el individuo persisten como incompletos a lo largo de toda la vida: a lo largo de ella, ante los duelos importantes, necesitamos la ayuda de los allegados, de los seres queridos, de la red social. Más que supuestas “soluciones” (que casi siempre no son sino engaños maníacos), los allegados son los que proporcionan atención, escucha, soportan nuestros derrumbes, atienden nuestros destellos mentales y corporales, etc. Se puede tratar de una perspectiva fundamental para entender las virtudes de la contención y de la contención a través de la relación también en la edad adulta (ya que en el caso de los duelos en niños, la permanencia real del otro

allegado y querido es fundamental, dada la insuficiente estructuración y solidez del mundo interno, del yo y de las identificaciones del niño). Y es así como la solidaridad, amor, o pulsión de vinculación, junto con la experiencia reiterada de la contención (inicialmente a través de la contención proporcionan la confianza, la tercera función emocional introyectiva desde la perspectiva de Tizón, diferente de la de Meltzer. Considera que podría entenderse la confianza como esa función, esa forma de vincular acontecimientos internos y/o externos, esa vía de dar significado a la vivencia, basada en la experiencia de que existe otro que, llegando el momento, nos proporcionará (suficiente) amor, nos atenderá, contendrá nuestro terror o nuestro dolor depresivo. Esa “esperanza y esperar firme que se tiene en una persona o cosa”, ese “esperar con firmeza y seguridad”, como define la confianza el diccionario de la real Academia Española, se halla pues íntimamente ligada con la cuarta función emocional introyectiva: la esperanza. La esperanza es también una función emocional introyectiva, por lo tanto, una emoción o sentimiento básico en la formación y el crecimiento, resultado de la acción de una serie de sentimientos y cogniciones básicas. El resultado es una función que da sentido a la experiencia, que vincula variables, incógnitas, sin sentidos y elementos beta con relaciones del objeto satisfactorias. El predominio de la esperanza sobre la desesperanza, un sentimiento básico en varios momentos del duelo, tiene que ver, desde luego, con la experiencia repetida de que la relación amorosa interno y/o externa predomina sobre el odio, el dolor, el sufrimiento: en la medida en la cual esa experiencia interna existe, puede proyectarse como fantasía hacia un futuro desconocido, e incluso incierto, que queda así coloreado de esperanza, adquiere un significado potencialmente benéfico., proporcionando ese sentimiento, representación mental o cognición básica más o menos vital y orientado hacia el futuro que era el sostén fundamental de cualquier anhelo humano, cualquier búsqueda, cualquier maduración, cualquier crecimiento y reparación, cualquier terapia. Ante las pérdidas afectivas, su predominio en el mundo interno del individuo determina pronto la evolución futura de los procesos de duelo, evolución que, a su vez, puede ser reforzada por la contención emocional que proporciona la relación y el grupo favorable a la introyección: en el fondo subyace la confianza en que lo introyectado no será destruido en un mundo interno en el cual el resentimiento y la envidia dominan; ni por un mundo externo inundado por una destructividad que emponzoña y ensombrece todo el horizonte. En ese sentido, para elaborar suficientemente un proceso de duelo o una posición depresiva, el sujeto ha de conservar suficiente “esperanza básica” en su interior. El resultado de los procesos de duelo puede ser entonces incluso un fomento de la esperanza. Meltzer (1989, en Tizón 2007) refiere que la siembra de la desesperanza se realiza en ocasiones a través de la negación o disociación del duelo, a través de la acumulación de duelos o de la dificultad de integrarlos, elaborarlos. La acumulación de duelos o dificultad de elaborarlos, lleva a un aumento de los celos y la envidia en las relaciones interpersonales (una dificultad mayor para separarse y, en último extremo, para diferenciarse). Tiende a reforzar o acrecentar por encima de los deseables sentimientos como la culpa y vergüenza.

Tizon (2007) a manera de resumen diría que para la elaboración del duelo deben predominar en el individuo, en su red social o en ambos, las funciones emocionales introyectivas. Un duelo adecuadamente elaborado, sobre todo si es el de una de las transiciones psicosociales habituales en la vida de todos nosotros, favorece el desarrollo de las funciones introyectivas y, por lo tanto, favorece la integridad del yo y del self; favorece entonces las posibilidades de elaborar otros duelos en el futuro, al menos, si acaecen a relativa distancia con respecto a los anteriores, desde luego. El odio, la desesperanza, la desconfianza, la falta de espacios y niveles para la contención dificultan la elaboración del duelo; bien porque exacerbaban las vivencias temerosas, persecutorias, destructivas del duelo, bien porque dificultan la elaboración del duelo, bien porque dificultan la puesta en contacto con un interior y unos allegados y red social que puedan ayudar en dicha elaboración. Un duelo inadecuadamente elaborado supone casi siempre un refuerzo de las funciones emocionales proyectivas, de la tendencia a evacuar, proyectar, disociar o negar los sentimientos, alteraciones y cambios que el duelo implica.

Cuando los procesos de duelo acaecen en un período temprano del desarrollo evolutivo, no sólo implican importantes vaivenes afectivos y sufrimientos, sino que pueden impedir algunos de los logros básicos como la relación bio psicológica madre hijo inicial, el efecto díada, la relación triangular primaria (y, con ella, las relaciones con los terceros, con la sociedad), las relaciones y funciones de la familia para la introyección de las formas de relacionarse el individuo con la sociedad. (Tizón, 2007)

Si las pérdidas acumuladas se acumulan y son negadas de forma desordenada, desorganizada, caótica, mentirosa, paradójica, o mediante continuos dobles vínculos, y todo ello desde momentos muy tempranos del desarrollo de los individuos componentes y de la propia familia, aparecerá una familia en reversión o familia anti continente un modelo o estructura familiar que dificulta la estructuración relacional y mental y favorece el desarrollo de trastornos mentales graves y relaciones familia-sociedad sumamente patológicas.

Cómo ejemplo de la necesidad de contención en el duelo, citamos a Wilcox (2004), una madre que al perder a su esposo, buscó ayuda e información para ayudar a sus hijos en el duelo, deja ver su sensibilidad y función materna, ella refiere que como madre la misión es proporcionar salud y alegría a los hijos como le sea posible. En ocasiones la madre puede controlar algunas situaciones para evitar dolor y sufrimiento a los hijos, sin embargo hay algunas, como la pérdida de un padre, en las que esto no se puede controlar, se llega a sentir el dolor de los hijos y esto provoca dolor en la madre, quien desearía no ver sufrir a sus hijos, esto se suma al propio dolor de la madre por la pérdida de su esposo. Wilcox (2004) considera que en estos casos se vive un

doble duelo, el propio y el de los hijos, es por tal motivo que ella decidió informarse en libros y buscar ayuda profesional, también señala la importancia de creer en los instintos maternos. Refiere la importancia de la madre de dar soporte al hijo y ayudarlo a sobrevivir cuando pierde al padre. Supone que el niño no afrontará el duelo sin ayuda, incita a cuidar de sí mismo para sentirte mejor y poder centrarse en las necesidades del hijo. Wilcox (2004) refiere la importancia de las redes de apoyo (familiares, amigos, etc.) para sostenerse a sí mismo y al hijo.

Tizón (2007) considera que ese dejar que las emociones nos impregnen sin actuar, favorece el sustrato emocional del pensamiento creativo, de lo que hoy se suele llamar inteligencia emocional y es una actitud básica, aunque fundamentalmente inconsciente, no voluntaria, en todos los momentos del duelo (y de la vida). Particularmente, en el segundo y tercer momentos de los procesos de duelo.

Si el niño desarrolla sus capacidades de pensamiento, comunicación y deambulación es en buena medida gracias a la separación y pérdida (momentáneas) de la madre, los cuidadores, los objetos deseados, etc. Esas pérdidas le obligan a la representación mental del objeto, a comunicarse con él (en el mundo interno y el externo) para intentar remediar la separación o evitar otras posteriores, le impelen en su búsqueda. Desde el otro punto de vista, esas separaciones obligan a la madre y a los otros cuidadores a prever posibles problemas y peligros para el niño, aumentan la capacidad de reviere y la separatividad (capacidad y disposición para separarse de los adultos cuidantes). (Tizón, 2007).

Cómo se ha mencionado anteriormente si en la época de establecimiento de vínculo entre madre e hijo aquella resulta gravemente afectada por un duelo importante ello suele llevar a un desencuentro entre las capacidades del bebé, sus deseos y necesidades de contacto, y las capacidades de la madre para aportar emociones, introyectivas, que favorezcan la introyección: amor, esperanza, confianza, contención, etc. Es bien visible cómo sí, no se protege a la madre y al vínculo, madres cometidas a importantes pérdidas al final del embarazo o en los primeros meses del hijo, tienen mayores dificultades para establecer un vínculo seguro y próximo con el bebé, así como una mayor tendencia a establecer apegos ansiosos, inseguros o ambivalentes (con el trabajo mental que luego es necesario para recuperar esa dificultad inicial). Un resultado que se está estudiando cada vez más profundamente son los efectos de esas dificultades iniciales sobre lo que en psicoanálisis entendemos como la constitución del objeto (interno), que es la base para la constitución del sujeto, del sí mismo, del self. (Tizón 2007)

Tizón (2007) considera que una mente materna desbordada, que ya no puede contener más inquietud o sufrimiento, es difícil que pueda proporcionar la base relacional para un sí mismo seguro, integrado y estable o para un interior cóncavo, acogedor, contenedor de emociones y pensamientos: como poco, la constitución de ese interior mental se verá atrasada o precisará ayudas externas. El otro es el objeto de tanto amor y necesidad y de tanto odio y deseos destructivos que el conflicto no podrá elaborarse en la primera infancia ni en la vida posterior. Ello hace que una pérdida externa, incluso poco importante, pueda dar lugar a un auténtico derrumbe de ese mundo interno, cuyos objetos primordiales estaban tan pobremente introyectados por causa de dicha ambivalencia. Es esa intensidad de la ambivalencia hacia los objetos primordiales lo que predispone para siempre al depresivo a la pérdida del objeto interno, a pesar de que dicha persona se queje en su pérdida de interés por todo, de su desgana, apatía, abandonamiento, etc. Y la existencia de bases y facilitaciones biológicas para esa situación, posiblemente ciertas, no elimina lo fundamental de la psicodinamia, pues las alteraciones funcionales en determinados circuitos cerebrales y la disminución de la serotonina inter sináptica, aunque puedan estar biológicamente determinados, lo que hacen es poner en marcha o reforzar determinados afectos en la relación (mental y conductual) con los objetos. Si el objeto de vinculación fundamental es inseguro, ha quedado dañado (en la mente del niño) o desaparece, todo el proceso de separación individuación queda alterado de forma más o menos grave, tanto en sus aspectos de separatividad, de capacidad de separarse, como en sus aspectos de individuación, de estructuración del sí mismo y la personalidad.

Cómo se ha visto en el capítulo anterior existen diferentes tipos de duelo patológico, como por ejemplo el duelo melancólico donde de la vinculación estrecha, de la dependencia y la ambivalencia hacia el objeto y hacia el yo, nace la dificultad de separarse del melancólico (y de las fases y modos melancólicos del duelo): no es sólo compañía, apego, lo que se busca, sino que el otro es el seguro de que, a nivel real y/o simbólico, no se atentará (mentalmente) contra el objeto perdido o contra el propio sí mismo. (Tizón, 2004)

En autores como Payás (2010) se puede observar una clara relación del vínculo afectivo y diferentes tipos de duelo patológico. Dicho autor menciona que dentro del duelo evitativo, pospuesto o inhibido se observa una personalidad previa del doliente con estilos de apego inseguro evitativo, ego frágil y dependiente, personas con estilos rumiativos, duelos anteriores no resueltos. En cuanto al duelo crónico, considera personalidad previa del doliente con estilos de afrontamiento tipo víctima, estilo de vinculación insegura-dependiente, esquemas mentales inmaduros. En el duelo complicado asociada al trastorno de estrés postraumático refiere una personalidad previa del doliente con antecedentes de desórdenes mentales y un modelo de vinculación insegura desorganizada

Relacionado con lo anterior, Tizón (2007) partiendo de la teoría del apego de Bowlby considera que la separación con respecto a la persona de vinculación produce una intensa ansiedad, en el sentido del sufrimiento mental. Se deduce que un duelo por una pérdida afectiva y más si es una persona querida o allegada, provocará algún tipo de ansiedad de separación, algún tipo de reacciones similares a las que ocurren con la ruptura del apego. Cada vez hay más datos acerca de cómo las personas que en la infancia se desarrollaron con un apego no normal (ansioso, evitativo, ambivalente) tenderán a soportar los duelos, las pérdidas y sus anuncios, que serán vividos como amenazas de separación.

Como se ha mencionado, el niño que ha perdido algo importante se halla bajo un importante dolor o sufrimiento crónico, tiende a mostrar sucesivamente expresiones que indican el predominio primero de la tristeza (con momentos de ira e irritabilidad), para más tarde dar paso a la desesperanza y una tristeza más silenciosa “y espesa”. Por último el desapego se instala de forma más o menos profunda y estructurada en él. Si los padres no regresan, si el niño se pasa días o semanas abandonado por ellos sin una sustitución adecuada, el desapego se instaura en toda su actitud vital y relacional. El vínculo se ha mostrado tan frustrante que el niño (o el bebé) puede romper, incluso activamente, todos los demás vínculos; pasará horas y horas en un rincón, tal vez agarrado a un objeto inanimado, rechazará activamente los acercamientos de los demás, rechazará incluso a sus padres cuando vuelvan. El desapego se construye pues en el primer antecedente de la depresión y, posiblemente, en su modelo fundamental (que no es lo mismo que su causa fundamental). La depresión anaclítica incluye esa percepción dolorosa del abandono, por un lado inmerecido y por otro, al menos en la fantasía culposa. La situación ha derrumbado, tal vez provisionalmente, todo su mundo interno; ha socavado, al menos provisionalmente, su fantasía básica de confianza (Tizón, 2007).

Las pérdidas internas como las externas entran en relación consciente e inconsciente con pérdidas anteriores y, sobre todo, con las pérdidas importantes en la infancia. Sobre todo, con las separaciones respecto a progenitores no suficientemente sustituidas y/o elaboradas. Si los padres no regresan, si el niño se pasa días o semanas abandonado por ellos y sin una sustitución adecuada, tras momentos más o menos prolongados e intensos de protesta e ira, tras el vuelo de la tristeza y la desesperanza posteriores, el desapego puede pasar a instalarse en toda su actitud vital y relacional. El vínculo se ha mostrado tan frustrante que el niño (o el bebé) puede romper, incluso activamente, todos los demás vínculos, pasará horas y horas en un rincón, tal vez agarrado a un objeto inanimado, rechazará activamente los acercamientos de los demás, rechazará incluso a sus padres cuando vuelvan. Puede decirse que ha pasado a un periodo de desapego. La situación ha derrumbado, tal vez provisionalmente, su fantasía básica de confianza. Esa va a ser una marca para todo su futuro: cada nueva pérdida va a afectar profundamente su mundo interno, con lo cual poseerá durante años y años (según cuáles

sean las experiencias de su vida futura), una mayor tendencia a elaboraciones insuficientes y dificultades de los procesos de duelo. Así tal vez el niño, cuando sea adulto podrá reaccionar con mayor tendencia a la organización melancólica de la relación; a instalarse en la desesperanza y el desapego deprimiéndose, ante la pérdida de objeto; la pena, tristeza y la nostalgia por la pérdida, sentimientos que a lo peor ni siquiera va a poder expresar, dejarán paso en él a una actitud vital de irritabilidad para con los demás, mal humor e intolerancia, o bien a un desinterés e inhibiciones profundos a los que la psicopatología descriptiva llama depresión (Tizón, 2007)

Bowlby (1993) expone que las personas que logran un duelo sano poseen un modelo de representación de la figura o las figuras de apego, modelo según el cual éstas son accesibles, sensibles a sus requerimientos y serviciales, y posee además un modelo complementario de sí misma, según el cual estas son accesibles, sensibles a sus requerimientos y serviciales, y posee además un modelo complementario de sí misma, según el cual esa persona es por lo menos alguien potencialmente valioso y digno de amor. Dichos modelos se habrán construido como consecuencia de experiencias felices vividas durante la niñez cuando se respetaron y satisficieron sus deseos de amor, consuelo y apoyo. Posteriormente, influida por esos modelos dicha persona será capaz de entablar otras relaciones de amor y confianza durante su adolescencia y su vida adulta. Si debe afrontar la pérdida de algún deudo íntimo, no dejará de experimentar dolor; por el contrario puede sufrir intensamente y dar quizá en ocasionales accesos de cólera. Pero siempre que las causas y circunstancias de la muerte no sean especialmente adversas. Es probable que le sean ahorradas esas experiencias que determinan un duelo intolerante o infructuoso o ambas cosas a la vez. Por ejemplo es improbable, que tenga más que una fugaz sensación de haberse visto alguna vez rechazada o abandonada; tampoco es probable que se atormente con indebidos reproches. Como no teme los intensos e insatisfechos deseos de amor de la persona perdida, se entregará al llanto en sus accesos de dolor, de modo que la expresión del anhelo por la persona desaparecida y la expresión de la aflicción se darán naturalmente. Si tiene amigos que le muestren simpatía, encontrará consuelo al recordar con ellos días más felices y al reflexionar sobre las satisfacciones que le deparó la persona desaparecida sin necesidad de borrar de los recuerdos sus defectos. Durante los meses y años siguientes probablemente esa persona pueda organizar de nuevo su vida, fortificada tal vez por la permanente impresión de la continua y benévola presencia del ser desaparecido.

Está claro la importancia del vínculo con el niño para una adecuada elaboración del duelo en experiencias posteriores, al respecto Payás (2010) se pregunta ¿por qué es tan necesaria para el desarrollo sano del ser humano la vinculación con figuras de referencia del entorno?, él mismo se responde que es a través de las relaciones con lo que es externo como creamos nuestro mundo interno. Cada vez que nos comunicamos o

entramos en conexión con lo de fuera, generamos sentimientos, pensamientos, fantasías, deseos y esperanzas. El mundo interno que creamos con este material está dentro de nuestra piel y es la respuesta a múltiples interacciones con lo que nos rodea, sean personas o cosas. Este ámbito íntimo, que puede estar más o menos al alcance de nuestra conciencia, debe organizarse de forma que tenga sentido. Para esta organización es también esencial el contacto externo: sin la relación con los otros no hay posibilidad de identificar nuestras necesidades básicas como humanos, ni de generar la acción necesaria para buscar satisfacción a dichas necesidades. Según Erskine y otros (1999 en Payas, 2010) la vida, y lo que en ella ocurre, no puede tener sentido sin relaciones interpersonales, y este significado emerge en la mediación satisfactoria entre la relación con los demás y nuestro mundo interno.

Payás (2010) considera que los estilos de vinculación segura, insegura, ansiosa, insegura evitativa e insegura desorganizado, desarrollados en los primeros años de la infancia son estables en la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el duelo ante futuras pérdidas. El modelo de estilo de vinculación que el doliente ha generado en su infancia con relación a sus cuidadores y la naturaleza de la relación entre éste y su ser querido fallecido pueden ser factores que determinen el curso del duelo, condicionando que la manera de afrontarlo sea efectiva o inefectiva.

La perspectiva de la vinculación nos propone un factor interno o intrapersonal, el modelo de vinculación interna y un factor interpersonal, la calidad de la relación con el fallecido, que van a mediar y condicionar la adecuada evolución del proceso y, por tanto, constituyen un paradigma muy útil para la clasificación de la naturaleza y significación de las pérdidas y para entender los distintos modelos de duelo complicado. En estos últimos años se está recogiendo abundante evidencia empírica que confirma la relación entre los estilos de vinculación del doliente y la posibilidad del desarrollo de duelo complicado (Shaver y Trancredy, 2001; Stroebe y otros, 2005; Mikulincer y Shaver, 2008, en Payás 2010). Según estos autores, los adultos con historias de vinculación insegura en su infancia van a presentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de duelos complicados cuando afronten situaciones de pérdidas. Y los vínculos ansiosos-dependientes son un factor de riesgo que predice duelos crónicos, que no se concluyen con el tiempo (en Payás 2010).

Masud Khan (1963 y Joan Lourie 1996, en Payás, 2010) utilizan el término trauma acumulativo para describir cómo, en situaciones traumáticas vividas por adultos o niños, el fracaso en proveer una relación de apoyo que sostenga la experiencia es en sí mismo otro trauma. Masud Khan señala que el niño enfrentado a situaciones difíciles en su desarrollo vive un trauma acumulativo cuando las figuras de referencia fracasan en su rol de escudos protectores. Como dice Erskine (1999, en Payás, 2010) “no es el trauma lo que destruye la psique

humana, sino la ausencia de una relación durante el tiempo en que ocurre un acontecimiento traumático o inmediatamente después. La experiencia de pérdida de un ser querido es en sí devastadora, pero la desautorización y la falta de comprensión y apoyo vivida durante el tiempo de la muerte y, posteriormente, durante el tiempo de duelo pueden producir a veces un daño igual o mayor que el propio evento trágico. Este daño psicológico es lo que llamamos trauma acumulativo en el duelo.

Payás (2010) menciona los modelos internos de funcionamiento como un ejemplo de afrontamientos cognitivos o esquemas mentales que han quedado sellados neurológicamente. Esto explica por qué, si el niño tiene elementos de referencia almacenados como experiencias previas de áreas de separaciones donde el adulto de referencia regresa, como en un modelo de vinculación segura, es capaz de responder a la separación sin sentirse abandonado, dando una correcta asignación emocional cognitiva a la vivencia de separación, “mamá está ocupada y regresará en cuanto pueda, yo puedo estar solo un tiempo y no hay nada malo en mí, ni me han abandonado”, con lo que el esquema resultante es de crecimiento, una conclusión adaptativa positiva sobre sí mismo y sobre la vida.

Si la persona en duelo tiene una fragilidad previa debido a un estilo de vinculación insegura o a traumas y pérdidas anteriores no resueltos, que generaron defensas rígidas improductivas, ahora éstas, ante la nueva amenaza, van a actuar como recuerdos inconscientes o memoria fisiológica. La pérdida presente reactiva este material antiguo, produciendo una sobre reacción transferencial muy a menudo inconsciente y todo este material emerge en forma de memoria implícita subyacente en la asignación emocional, interfiriendo en el procesamiento con un aumento de la sintomatología desmesurado y/o con la reactivación de mecanismos de defensa de distorsión o inhibición. Las personas con modelos de vinculación insegura han establecido estilos de afrontamiento de distorsión e inhibición para poder sobrevivir a los fracasos constantes en sus experiencias de contacto-separación con los demás, y van a ser más proclives a seguir utilizándolos en cada nueva pérdida, son lo que el duelo puede complicarse. Las personas que funcionan con un modelo interno de vinculación segura, cuando están en duelo, pueden acceder a recursos internos de afrontamientos previos adaptativos tales como la seguridad, la confianza y la autoestima, que las llevan a ser capaces de procesar la experiencia con una mínima evitación-distorsión y con mayor tolerancia al dolor. Además su estilo de vinculación segura les permite acceder más fácilmente al apoyo social y apoyarse en la protección de los que las rodean. (Payás, 2010)

Mikulincer y Shaver (2008, en Payás 2010) describen cómo las personas con estilos de vinculación evitativa suelen responder a la pérdida de su ser querido de forma desapegada, aislándose y realizando actividades para no entrar en contacto con la realidad, por ejemplo retirándose de cualquier estímulo que pueda

despertar recuerdos. No les gusta hablar de la relación pérdida y pueden manifestar hostilidad si se les pregunta o se los confronta; también suelen desplazar su enfado hacia afuera, culpabilizando al mundo de lo que les ocurre. Según estos autores, en personas con estilos de apego inseguro evitativo puede darse una actitud de menosprecio hacia las muestras de debilidad natural asociadas al duelo como una manera de no reconocer la propia vulnerabilidad.

Varios autores Stroebe y Schut, (2001), Milkulincer y Shaven (2008), (en Payás, 2010) señalan que las personas con sistemas de apego inseguro ansioso, que muestran intensos episodios de ansiedad de separación durante la infancia suelen establecer relaciones de pareja de excesiva dependencia; además tienen una visión muy negativa de sí mismas, se consideran poco autónomas y confiables y suelen vivir un duelo crónico cuando las pierden.

A forma de conclusión podemos decir que la historia de apego del niño puede determinar las reacciones del duelo en la infancia y adultez temprana (Stroebe, Schut and Stroebe, en Dyregrov, 2008). Un apego inseguro o dañado incrementa el riesgo de un duelo complicado. (Dyregrov, 2008). Así también influye la contención que los padres y la familia dan al niño desde su nacimiento, aquellas funciones maternas de las que hemos hablado en el capítulo primero. Aunque en la elaboración del duelo influyen múltiples factores, me parece que el vínculo y las funciones maternas son factores de gran peso, lo cual se podrá ver ejemplificado en el caso a presentar.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1 Planteamiento del problema

Existe poca información sobre la importancia del vínculo y funciones maternas en la elaboración de duelo. Por lo que se considera como el principal problema de este trabajo conocer la importancia del vínculo y funciones maternas en la elaboración del duelo en el caso de M., haciendo énfasis en las fallas encontradas en el vínculo y funciones maternas, para así establecer las posibles consecuencias de dichas fallas en la aparición de un duelo patológico. Dentro de lo antes mencionado se considera importante establecer los focos de intervención del caso de M, mostrar el proceso y los avances de éste. Cabe mencionar que en el presente caso se observan pérdidas múltiples (muerte del padre, deprivación materna a partir de la muerte del padre, hidrocefalia congénita).

5.2 Objetivo general

Conocer y describir las fallas en el vínculo y funciones maternas en la historia de M. y su relación con la presencia del duelo patológico de M.

5.3 Objetivos específicos

- Describir el vínculo de M con sus cuidadores principales.
- Describir las funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.
- Identificar criterios de duelo patológico
- Describir la posible relación entre las fallas en el vínculo (según Lebovici), vínculo afectivo (según Bowlby) y funciones maternas según Winnicott en la dificultad para elaborar el duelo de M, presentando así un duelo patológico.

5.4 Tipo de estudio

Cualitativo. Estudio de caso. Al respecto Cozby (2005) menciona que el estudio de caso ofrece la descripción de un individuo. El estudio de caso puede consistir en la descripción de un paciente. Una psicobiografía es un tipo de estudio de caso en el que un investigador aplica una teoría psicológica para explicar la vida de un individuo que, de manera general, tiene una importancia histórica. (Elms, 1994). Así, los estudios de caso pueden utilizar técnicas como la investigación bibliográfica y las entrevistas telefónicas con personas familiarizadas con el caso, pero sin observación directa (Yin, 1994).

Según los propósitos de la investigación, el estudio de caso puede presentar la historia del individuo, sus

síntomas, sus conductas características, su reacción a las situaciones o sus respuestas a un tratamiento.

Generalmente, un estudio de caso se realiza cuando el individuo posee una condición poco común, notoria o especialmente rara. (Cozby, 2005).

Los estudios de caso son valiosos para informarnos acerca de condiciones largas o poco comunes y, por lo tanto, brindan datos únicos sobre algunos fenómenos psicológicos. El conocimiento obtenido por medio de un estudio de caso también puede conducir a la elaboración de hipótesis que pueden probarse a través de otros métodos. (Cozby, 2005).

5.5 Escenario

El trabajo psicoterapéutico se llevo a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la UNAM. Las sesiones se desarrollaron en un cubículo de aproximadamente 3x3m, donde había dos sillas. En un inicio estaba presente el mueble de los juguetes, posteriormente por cuestiones de espacio, la institución decidió colocar el mueble fuera del cubículo.

5.6 Instrumentos

Para la evaluación diagnóstica se aplicaron diversos instrumentos:

Área emocional:

- Dibujo libre
- Dibujo de la figura humana (Koppitz, 2007).
- Test de la casa árbol persona (Buck, 1995).
- Test del dibujo de la familia (Corman, 1967)
- Test del dibujo de la familia kinetica (Burns y Kaufman, 1972)
- Test de apercepción temática para niños (Bellak, 1990)
- Test de frases incompletas de Sacks (FIS) o Sacks Sentence Completion Test (SSCT) (Sacks y Levy en Abt y Bellak, 1967)

Área perceptual:

- Dibujo de la figura humana (Koppitz, 2007).
- Prueba Gestáltica Visomotora de Bender (Bender, 1995).
- Evaluación de la Percepción Visual de Frostig DTVP-2 (Hammil, Pearson, Voress, 1980).

Área intelectual:

- WISC IV (Wechsler, 2010)

5.7 Procedimiento

Debido a que el objetivo general del presente trabajo es conocer y describir las fallas en el vínculo y funciones maternas en la historia de M. y su relación con la presencia del duelo patológico; se realizará un análisis minucioso del caso no sin antes presentar los antecedentes de M, la evaluación psicológica realizada (que abarcó las primeras 13 sesiones), resultados obtenidos y focos de intervención.

Para la realización del análisis se registraron cada una de las sesiones, cabe señalar que todas las sesiones fueron grabadas con permiso del paciente y su tutora, posteriormente se hizo una transcripción de cada una de ellas (de las cuales sólo se presentarán las más significativas en el presente trabajo), con la finalidad de facilitar el análisis de detección de fallas en el vínculo entre M y sus cuidadores principales, fallas en las funciones maternas de su cuidadores principales, criterios de duelo patológico y finalmente describir la posible relación entre las fallas en el vínculo (según Lebovici), vínculo afectivo (según Bowlby) y funciones maternas según Winnicott en la dificultad para elaborar el duelo de M, presentando así un duelo patológico.

El análisis de los puntos antes mencionados, a excepción del último, se realizó en cada una de las fases del tratamiento:

- Fase diagnóstica: en dicha fase se aplicaron pruebas proyectivas y psicométricas, así como dibujo libre y juego diagnóstico (Sesión 1 a la 13).
- Fase inicial: Inicio del tratamiento a través del juego libre, establecimiento del encuadre y límites dentro del tratamiento. Fortalecimiento de alianza terapéutica. Llevado a cabo de la sesión 14 a la 31.
- Fase intermedia: se manejaron los principales conflictos de acuerdo a las necesidades del paciente, relacionadas con los focos de intervención. Se llevó a cabo de la sesión 32 a la 56
- Fase final: se observan avances, tanto M como la familia habla de estos. Se realiza el cierre del tratamiento con consideraciones de seguimiento (llamada telefónica cada semana durante dos meses, posteriormente las llamadas fueron una vez al mes, durante un año). La fase final se llevó a cabo de la sesión 57 a la 70.

Al ir realizando el análisis se podrá observar el proceso y avances del tratamiento. Cabe señalar que para cada una de las fases se seleccionaron algunas sesiones que ejemplifican el análisis de los puntos anteriormente señalados, a excepción del último punto el cuál se analiza al final, a manera de conclusión.

CAPÍTULO 6. CASO CLÍNICO

6.1 Presentación del caso

- Ficha de identificación

Nombre:	M. Y.	E. (madre)	D. (padre)
Edad:	9 años	34 años	Se suicida a los 29 años
Escolaridad:	3° primaria	Pasante en Sociología	Pasante en Economía
Fecha de nacimiento:	Abril 2002	1977	1972-2003 Finado
Ocupación:	Estudiante	Ayuda a la madre en comercio	-
Estado civil:	Soltero	Soltero	Soltero

- Motivo de consulta

A continuación se muestra el motivo de consulta del paciente M., su madre (cuidador), escuela y paido psiquiatra.

M.Y.	Cuidador	Escuela	Paidopsiquiatra
<ul style="list-style-type: none"> • Al preguntarle a M sobre su motivo de consulta, dibuja unos picos, refiriendo que es la forma en cómo se imagina a la hidrocefalia en su cerebro. Posteriormente habla de sus frecuentes sentimientos de tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre refiere que desde que le diagnosticaron hidrocefalia su estado de ánimo ha decaído, se aísla, juega y habla solo, hace berrinches y tiene conductas regresivas como chuparse el dedo o hablar como niño “chiquito”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desean que se le realice una valoración psicológica para descartar Retraso Mental ya que tiene problemas significativos (inatención, dificultad para escribir, falta de concentración, problemas con el copiado, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar área emocional (Depresión) • Acude a una institución de salud mental desde los 4 años

Descripción clínica

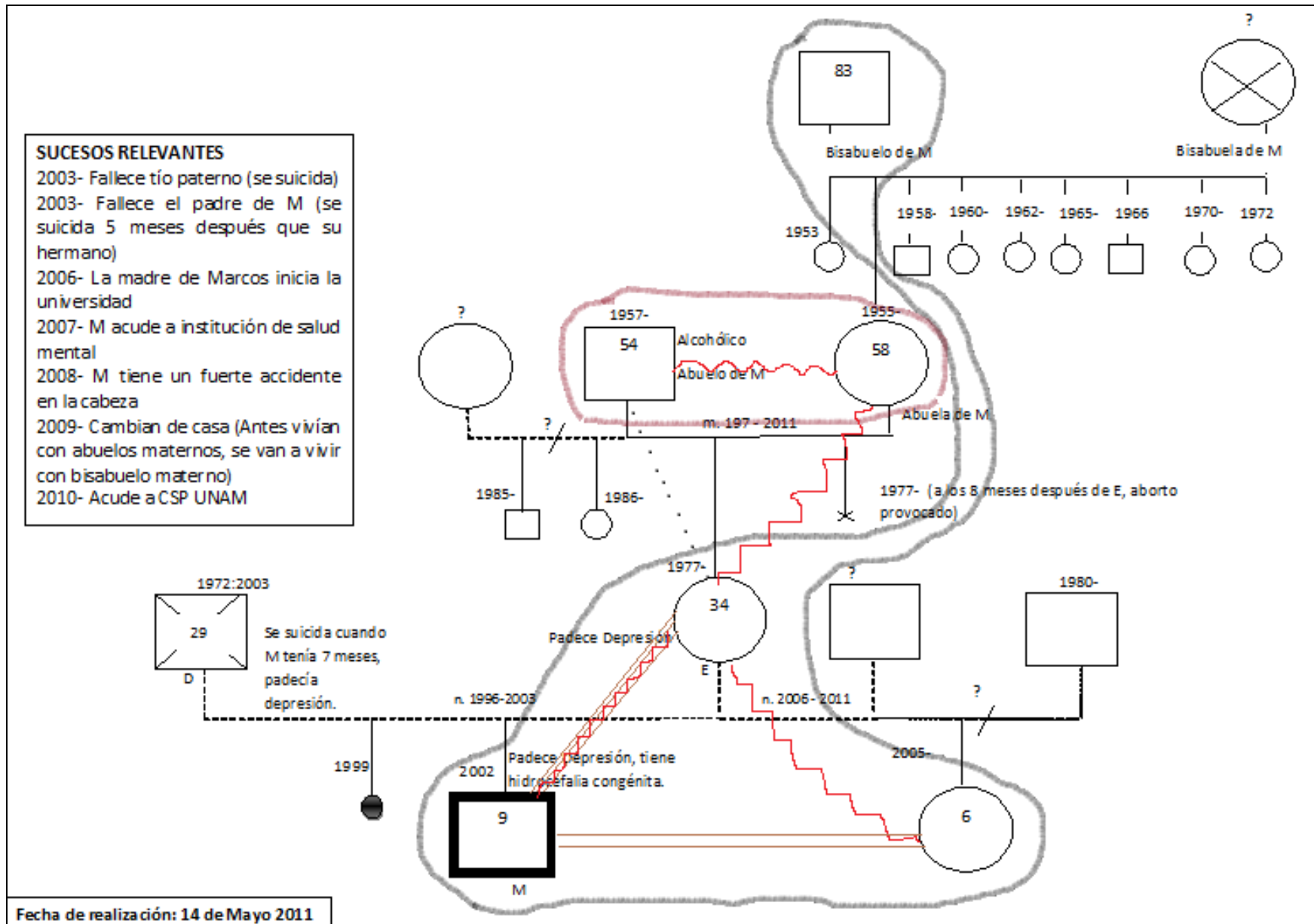
M. es un niño de 9 años, con una altura aproximada de 1.35m, de complejión delgada, tez morena y cabello chino, su vestimenta deja ver descuido personal pues la mayoría de las veces llega con la ropa manchada, así también con el rostro sucio, p.e, boca batida de chocolate o flujo nasal debajo de la nariz.

Su nivel de pensamiento es acorde a su edad, según Piaget (en Delval 1996.) al presentar un pensamiento lógico, siendo capaz de retener mentalmente dos o más variables cuando estudia los objetos y reconcilia datos contradictorios. Su vocabulario deja ver que M se ha desarrollado en un ambiente donde ha adquirido suficiente información sociocultural y socioeducativa, en ocasiones utiliza términos no muy usuales para su edad como “inculpar, gravedad, súbditos, épico etc”, se dirige al terapeuta formalmente, por momentos da apariencia de hablar como adulto, sin embargo durante el juego se expresa como un niño de menor edad.

Se observa que M presenta dificultad para orientarse y moverse en el espacio, durante el juego tiende a tirar los juguetes de la mesa con frecuencia, al salir de sesión se observa que su marcha no sigue una línea recta, presenta dichas dificultades motrices y espaciales debido a hidrocefalia congénita, es importante mencionar que M no aparenta tener hidrocefalia pues aunque el tamaño de su cabeza es grande, es proporcional a su cuerpo.

Muestra una actitud amable y cooperadora, trata de complacer al terapeuta y exhibir una conducta apropiada la mayor parte del tiempo, por momentos se mueve mucho y está inquieto, se distrae con facilidad, cuando se le hace ver dichas conductas deja de presentarlas.

Figura 1. Genograma de M.



Historia

La madre llevaba 7 años de noviazgo con el padre de M cuando se embaraza, no estaban casados, ni vivían juntos, la madre tenía 24 años y el padre 29.

El padre (S) no está de acuerdo con el embarazo y le pide a E (madre) que aborte, pero ella no puede hacerlo al recordar que su madre quedó estéril por un aborto provocado. E se separa de S, sin embargo éste reaparece a los 3 meses de nacimiento de M, diciendo que se hará responsable de su hijo, pero no lo hace.

La madre no vuelve a saber nada de (S) padre de su hijo, hasta los 7 meses de nacimiento de M, cuando la madre de S (abuela paterna) le avisa que éste ha muerto por suicidio. En ese momento E se deprime y rechaza a su hijo M, comenta que en una ocasión se dirigió a la cuna de éste y le puso las manos en el cuello como queriendo ahorcarlo, pero toma conciencia de sus intenciones y decide ir a una institución de salud mental para ser atendida. Cabe señalar que el tío paterno de M se suicida antes, alrededor de los 3 o 4 meses de nacimiento de M, al tomar anticoncepcional, la madre señala que al parecer el padre de M se deprimió por éste suceso y se suicidó a los 3 meses después del fallecimiento de su hermano, el padre de M se ahorca.

A los 2 años M se sube arriba de un cofre y salta, se pega en la cabeza y sangra, M no lloró cuando se cae ni tampoco cuando lo cosieron, según los médicos no hubo daño interno.

Aproximadamente a los 2 años, M vive con sus abuelos maternos, su abuelo tenía un perro a quien M quería mucho, pero debido a que era muy bravo, los vecinos lo envenenaron y después lo colocaron en la puerta de la casa de la abuela ahorcado con una soga, M lo vio y tiende a recordar mucho éste suceso, la abuela materna refiere que le sorprende que M recuerde cosas que le pasaron a muy corta edad, en alguna de las sesiones, mientras se aplica el HTP y se le pregunta a qué le recuerda la casa, M dice: “Tenía una casa en calle orquídea, un perro mío se ahorcó y otro se cayó, todos mis perros les pasa lo mismo. Un perro llamado Jairo se aventó de un barranco y ya no lo vi, bueno si lo vi tirado, yo le pregunte a mi papá (abuelo) si estaba dormido y me dijo que sí. Ahora tengo a mi perro farfer, no lo he perdido pero es cuestión de minutos, a veces a mis vecinos les molestan los perros y los envenenan. Mi mamá ya no me quiere comprar mascotas, dice que las mato, eso me da tristeza yo no las mato, bueno si mato, una vez saque a mi cotorra de su jaula y se la comió el perro yo le abrí la boca para sacar a mi cotorra pero ya estaba muerta” sic.

A los 3 años M se pierde, pues se sale de la casa y nadie se da cuenta hasta horas después, posteriormente M llega solo a la farmacia donde trabajaba su madre, suceso que sorprendió tanto a la abuela como a la madre, refieren que M siempre ha tenido muy buena memoria.

M se cae de las escaleras a los 6 años, lo llevan al hospital de Legaria y le diagnostican hidrocefalia congénita, diagnóstico que sorprende a la familia, pues tanto la abuela como la madre refieren que desde que nació hasta el año, lo llevaban cada mes al pediatra y éste nunca les mencionó nada. Debido a la recuperación de la caída, M pierde un año escolar. Al respecto de la caída la abuela materna menciona: “Fue ahí cuando me di cuenta que M no sentía el dolor pues cuando nació era un niño muy tranquilo que no lloraba, en esa ocasión si lloro” sic.

Dinámica familiar

La familia de M está integrada por su madre y su media hermana de 6 años, cabe señalar que ésta última es resultado de una relación fortuita de la madre con un “amigo novio”, quien no se hizo responsable del cuidado de su hija, la madre se deprime cuando se entera que está embarazada de éste “amigo novio”. El padre de M no se responsabilizó de éste pues a partir de que se entera del embarazo se separa de la madre, muere a los 7 meses de nacimiento de M por suicidio. Actualmente M tiene poco contacto con la abuela paterna, la llega a ver dos veces al año.

La madre de M es socióloga no titulada, trabaja con su madre, ayudándole en su tienda, por las tardes es asistente de un médico. El principal sostén económico en la familia de M, es la madre, aunque la mayoría de las veces la abuela materna le ayuda en los gastos. A partir de septiembre del 2012 comienza a trabajar como asistente de enfermera por medio tiempo, deja de ayudarle a su madre.

Según lo reportado por la madre se observa que hay violencia psicológica de parte de ella hacia sus hijos y poca comunicación. La madre se siente muy preocupada y tiende a culpabilizarse pues se da cuenta que usa la violencia verbal y en ocasiones física. La madre asistió a un taller de violencia en el CSP, deseaba tener terapia individual pero por la alta demanda del CSP, la mandaron a dicho taller.

La relación entre M y su hermana tampoco es estrecha, tienden a competir por el cariño de la madre. Por momentos M se muestra muy cariñoso y amable con su hermana, pero en ocasiones la agrede y tiende a jugar toscamente con ella.

Actualmente M y su familia viven en la casa de su bisabuelo paterno, dentro de un terreno familiar donde también viven los tíos maternos de M (hermanos de la abuela materna).

Durante el día M y su hermana van a la escuela y por la tarde están solos o a veces sus abuelos paternos van a la casa del bisabuelo para preparar los tamales que venderán al día siguiente, al respecto la abuela comenta “Yo solo voy a preparar los tamales y a veces les doy de comer pero no me encargo de cuidarlos” sic.

La madre refiere que su ambiente familiar es muy conflictivo, ella no tiene una buena relación con su madre (abuela materna de M) ya que le disgusta depender de ella, la describe como aprehensiva. M en alguna de las sesiones comenta que su abuela y madre pelean mucho, él trata de no inmiscuirse en las peleas; dice tener buena relación con su abuela. La abuela refiere que cuando su hija era pequeña la golpeó mucho ya que su esposo era alcohólico e infiel, en ocasiones ella descargaba su coraje en su hija, al mencionar esto presenta acceso de llanto, dejando ver su culpabilidad, menciona que ha tratado de tener una buena relación con su hija pero se le dificulta demasiado. Es importante notar en éste punto que la repetición de pautas a través de generación sugiere la posibilidad de que las pautas continúan en el presente y pueden continuar en el futuro. (Mc Goldrick y Gerson, 1985), la madre de M repite la pauta de violencia intrafamiliar. La relación entre la madre de M y abuelo paterno es distante, muestra cierto resentimiento hacia él. M dice llevarse bien con el abuelo paterno, de hecho lo ha asumido como una figura paterna, en ocasiones le dice “papá”, lo percibe como una persona cariñosa, que juega con él y su hermana, es una de las figuras más afectuosas para él.

Tanto la madre como M no hablan mucho de la familia extensa, la madre solo refiere que los primos de M en ocasiones se burlan de él, debido a sus dificultades motrices, M ha hablado muy poco de sus familiares, solo ha comentado que sus primos son abusivos y tienden a competir entre ellos.

Actualmente la madre tiene una pareja llamada L, en ocasiones él se queda en la casa donde viven (casa bisabuelo), M comenta que cuando llega L, él debe encerrarse en su cuarto y prender la tele sino su madre se enoja, se observa que M muestra celos ante la relación de su madre y L, la madre menciona que cuando ella le prepara algún platillo únicamente a L y no a sus hijos, pensando que estos no quieren, ya que han comido ese platillo durante la semana, M se enoja y le pide que también le sirva a él, la madre ha tenido discusiones con M debido a sus demandas cuando está L. En ocasiones cuando la madre se disgusta con L, sus hijos la ven llorando, M le ha llegado a decir que no llore y trata de tranquilizarla.

6.1 Antecedentes

Desarrollo prenatal

Como se mencionó anteriormente M fue un hijo no planeado, la madre llevaba 7 años de relación con su pareja, cuando se enteran del embarazo deciden abortarlo ya que ambos tenían temor a la responsabilidad, pero ella no lo aborta por la culpa que le generaba, además tenía presente que su madre (abuela de M) quedó infértil por abortar cuando quedó embarazada, meses después de que la madre de M naciera, esta última deseaba tener más hijos en un futuro.

A los dos meses de embarazo tuvo amenazas de aborto, al ser de alto riesgo porque su “matriz no era muy fuerte”, a los 4 meses también tuvo complicaciones ya que la operaron, no especifica de qué.

La madre lloró mucho durante el embarazo debido a que el padre de M se distanció de ella, por momentos se sentía muy alegre de estar embarazada, incluso tiene un cuaderno donde le escribía cartas a M, antes de que naciera. M nace a los 8 meses de gestación.

Desarrollo perinatal

M nace con ictericia, por lo que recomiendan baños de sol diarios por 20 minutos, su peso fue de 2,730kg, talla: 47cm, APGAR: 8/10.

La madre refiere que cuidaba mucho de M, incluso tiene una libreta especial con los datos de su nacimiento, recuerda que era un niño muy tranquilo y casi no lloraba, ella lo llevaba cada mes al pediatra.

Desarrollo postnatal

A los tres meses de nacimiento de M, el padre de éste re-aparece diciendo que se hará responsable de su hijo, solo lo hace algunos días y posteriormente volvió a desaparecer, situación que molestó mucho a la madre. La madre recuerda que a los 11 meses su hijo padeció una infección en el estómago por lo que estuvo internado 4 o 5 días en el hospital. M tendía a enfermarse mucho de estreñimiento e infecciones en las vías respiratorias.

Elección del nombre

La abuela materna propone el nombre al nacer el día de San M, debido a que para la madre era importante la aceptación de su familia en ese momento, ella accede a ponerle M, su segundo nombre lo elige por sugerencia de un primo que era amigo del padre de M, le dice que significa (Líder).

Desarrollo psicomotor

Refiere que controló el cuello a los 6 meses y caminó cuando tenía 1 año 8 meses. La madre lo lleva a estimulación temprana al año y medio ya que observaba dificultades en el desarrollo motor, asiste un mes.

Lenguaje

Inicia su balbuceo a los 9 meses y habla con claridad a los 11 meses, la madre refiere que M siempre ha tenido habilidad verbal, en ocasiones utiliza palabras poco comunes.

Alimentación

La madre le da leche materna hasta los 7 meses ya que se deprime por la muerte del padre y se distancia de M. La madre ni la abuela recuerdan cómo vivió el destete M, solo mencionan que M siempre fue un niño muy tranquilo y no tenían problemas a la hora de alimentarlo.

Control de esfínteres

Controló esfínteres a los 2 años 6 meses, la madre refiere que ella le ponía la bacinica cuando creía que iba a hacer del baño, el abuelo materno de M le enseñó cómo hacer pipi en la bacinica, comenta que en ocasiones ella si lo regañaba y le llegaba a gritar “Eres un asqueroso” sic, sobre todo cuando se llegaba a hacer del baño en la calle, ya que a ella le daba mucho asco.

Sueño

No ha tenido dificultades para dormir. M duerme en una litera en la parte de en medio, la madre duerme abajo y su hija hasta arriba. La mayoría de las veces la madre les pide a sus dos hijos que se duerman con ella, al respecto menciona: “Siento soledad si no están conmigo, mi único momento de estar con ellos es cuando dormimos, por eso les pido a veces que duerman junto a mi” sic.

Escolarización

Asiste a una escuela pública, la madre refiere que tiene un buen desempeño en tareas verbales pero dificultades en tareas motrices, en ocasiones presenta una actitud apática durante la clase, según le comenta la maestra a la madre. Ingreso a los 4 años al kínder, repitió el último año de kínder en abril del 2008, debido a que tiene un accidente, se cae de las escaleras, debido a su recuperación, pierde un año y entra a los 7 años a la primaria. Actualmente cursa el 2º grado de primaria.

Socialización

La madre refiere que es poco sociable en su escuela, en ocasiones presenta una actitud apática con sus profesores. Ha recibido constantes burlas de sus primos debido a sus dificultades al correr o por torpeza motriz (tiende a caerse o tirar objetos).

Desarrollo psicosexual

La madre refiere que responde a las dudas de M en cuanto a su sexualidad. Cuando se masturbaba enfrente de ella le decía que eso tenía que hacerlo solo. A los 3 años o 4 años la madre descubre a M encima de una prima mayor (7 años), los dos desnudos, la madre le da una nalgada y le dice que eso no se debe hacer, la última vez que lo vio encima de su prima fue en Julio 2010.

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES

Hidrocefalia congénita diagnosticada a los 6 años, esto le provoca dificultades motrices. La madre y abuela no se explican por qué la hidrocefalia no fue diagnosticada desde el nacimiento o por el pediatra, ya que lo llevaban cada mes a revisiones. .

Desde los 4 años es diagnosticado por el paido-psiquiatra con depresión debido a rasgos genéticos. Le realizan un encefalograma y le dicen que M presenta inmadurez y trastornos emocionales. Acude cada 6 meses con el paido psiquiatra, no toma medicamentos aunque sí le han sido recetados por el paido-psiquiatra, la madre se resiste a dárselos al considerar que pueden dañar su estómago. Es importante señalar que a partir de la fase intermedia del tratamiento con M, la madre muestra aceptación y mayor constancia para dar el medicamento a su hijo. El paido-psiquiatra le recomienda también tratamiento psicológico, para trabajar aspectos emocionales.

TRATAMIENTOS PREVIOS

Acude a una institución de salud mental desde los 4 años, actualmente es atendido con paido psiquiatra cada 6 meses debido a la depresión, también es atendido en la misma institución por problemas motrices.

DESCRIPCIÓN DE UN DÍA TÍPICO EN LA FAMILIA

(ENTRE SEMANA Y FIN DE SEMANA)

Al principio del tratamiento la madre refiere que en un día típico, ella se levanta alrededor de las 5am y 6:30 am para ayudarle a su madre con la tienda, a sus dos hijos los levanta alrededor de las 7am para cambiarlos y llevarlos a la escuela. Pasa por ellos a las 2:00pm, en ocasiones les ayuda con la tarea, comen a las 3:00pm y después ella se alista para estar a las 4:00pm en una clínica donde es asistente de un médico, regresa a las

8:00pm y se duermen. A partir de septiembre del 2012, la madre ingresa a un trabajo de medio tiempo por las mañanas y en las tardes está con sus hijos.

En cuanto a los fines de semana la madre refiere que el sábado ella se levanta tarde, desayunan juntos y sus hijos juegan mientras ella limpia la casa, a veces ven una película, después se duermen. Los domingos van a comer a casa de sus abuelos, después regresan a su casa, hacen tarea y se acuestan.

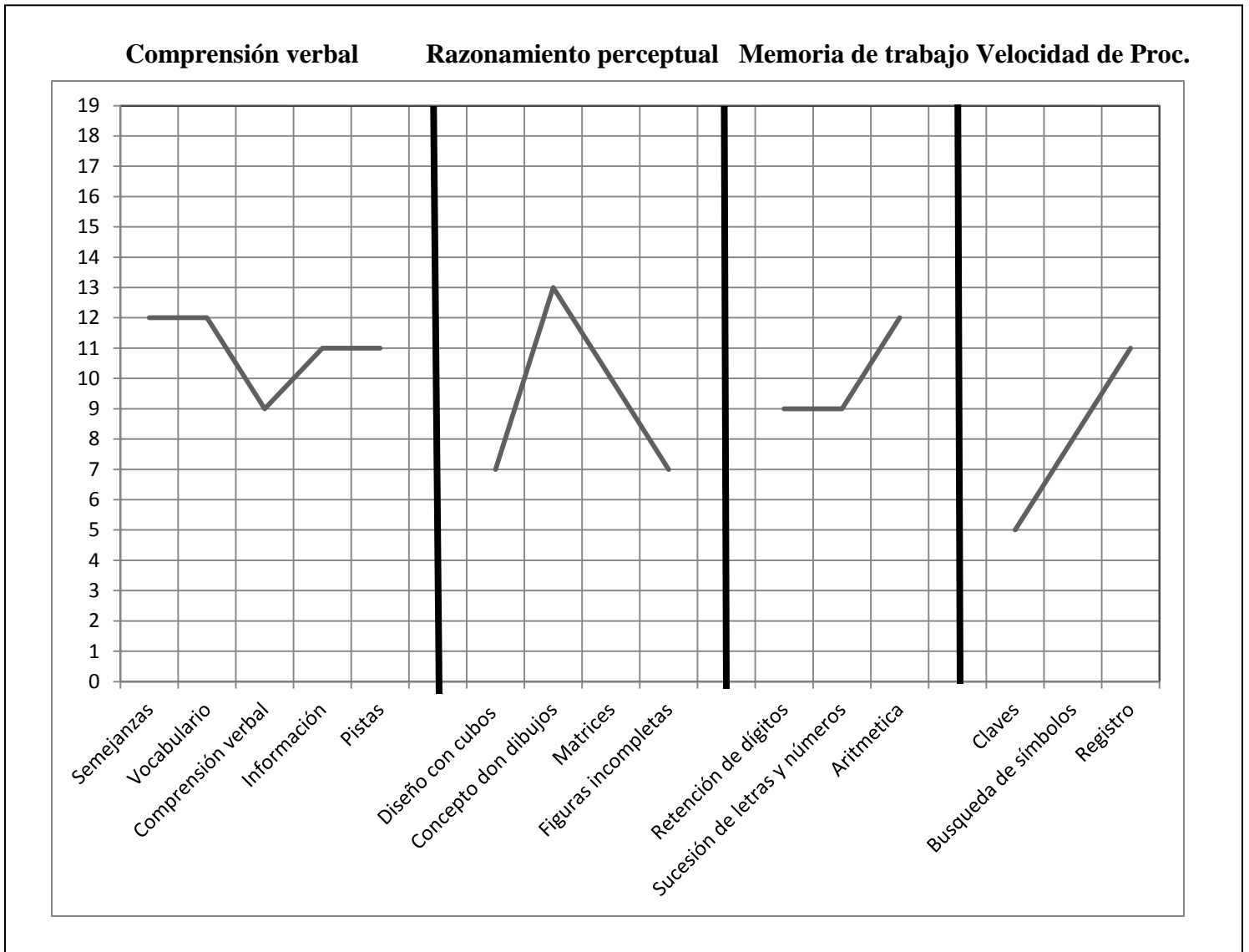
6.2 Evaluación psicológica

Área intelectual

M muestra una capacidad normal que le permite responder adecuadamente al ambiente aunque muestra algunas dificultades especialmente en tareas que requieren de habilidad motriz y precisión en el análisis visual, cabe señalar que estos problemas son debidos a las áreas afectadas por la hidrocefalia congénita. M deja ver sus dificultades para responder a tareas que requieren tiempo bajo presión, mostrando su baja tolerancia a la frustración. Otra de sus dificultades se observa en tareas que requieren de la percepción de detalles, en ocasiones le cuesta trabajo concentrarse sin embargo puede ser capaz de hacerlo si no se siente presionado y le interesa la actividad, como por ejemplo en problemas matemáticos, donde su desempeño es favorable.

Dentro de sus fortalezas se observa un buen nivel en el razonamiento abstracto categórico con el manejo de imágenes, razonamiento verbal, formación de conceptos, capacidad de aprendizaje y memoria, ésta última le ayuda a recordar palabras poco comunes que lee o escucha (Ver figura 2) .

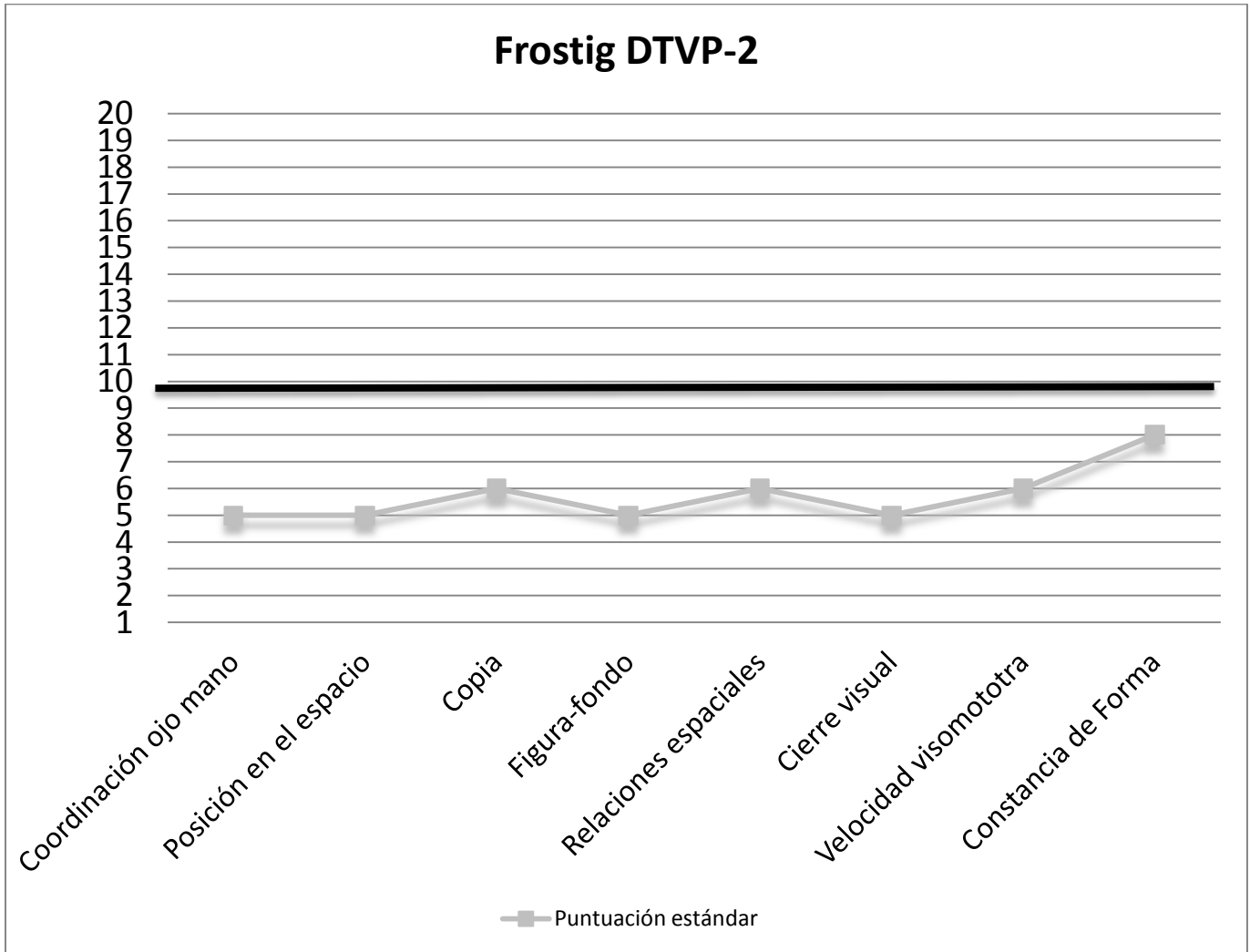
Figura 2. Resultados WISC IV



Área perceptomotora

Se observa que M presenta un nivel de madurez perceptual inferior al esperado para su edad, relacionado con las áreas afectadas por la hidrocefalia congénita, además por su falta de atención al detalle en estímulos visuales y baja tolerancia a la frustración (Ver figura 3).

Figura 3. Resultados Frostig DTVP-2



Se observan dificultades en relación a tareas de percepción visual general, tanto en tareas visuales como motoras. La principal dificultad que presentó M se observan en tareas que requieren de poner atención al detalle. La habilidad motriz en coordinación con estímulos visuales es deficiente la cual se manifiesta en la dificultad para dibujar y mantener la escritura en el renglón, escribe muy lentamente o muy aprisa sin controlar todos sus movimientos, lo cual se refleja en su mala letra y baja calidad en el dibujo.

En cuanto a la percepción en el espacio muestra dificultades para tener un dominio estable de la mano, presenta problemas con la lateralidad, percibir objetos que están detrás, por delante, por abajo o al lado de sí mismo, muestra poca capacidad para descubrir la posición de dos o más objetos en relación consigo mismo y entre sí (unos respecto de otros). Esto explica porque M tiende a chocar con objetos o tirarlos de la mesa. Se observa que puede tomar el lápiz con torpeza y tijeras de manera inapropiada, parece poco atento y

desorganizado, inestabilidad en el dominio de la mano, dificultad para cambiar el foco de atención, puede llegar a confundir letras con formas parecidas, lo cual también puede verse afectado por su falta de atención y no necesariamente por una mala percepción. Su dificultad para atender al detalle puede deberse principalmente a problemas en el control de impulsos.

Área afectiva

Se observa que M tiene un pobre auto concepto al percibirse como una persona indefensa, inferior, con poca capacidad para solucionar sus conflictos, en ocasiones muestra desesperanza aprendida, se percibe como inseguro, inadecuado al entorno, agresivo y con necesidad de reconocimiento y apoyo, se muestra dependiente, especialmente a la figura materna. Se observa poca diferenciación con la madre y hermana. Se identifica con la agresión y falta de comprensión de la figura masculina.

Por momentos M muestra sentimientos de apatía y sumisión ante las imposiciones de los otros para tratar de adaptarse al mundo, sin embargo quedan anulados sus propios deseos e impulsos, los reprime, ante dicha represión puede llegar a ser explosivo y actuar con agresión. M es sensible a su entorno familiar y los problemas alrededor de éste, los cuales le producen sentimientos de tristeza; percibe poco contacto con los integrantes de su familia, así como un ambiente hostil. Deja ver sentimientos de soledad. En ocasiones muestra conductas regresivas, lo cual es confirmado por la madre al mencionar que M habla como niño chiquito cuando desea algo, en otros momentos M se comporta como adulto responsable de otros, esto también se confirma con lo referido por la madre quien dice que su hijo la consuela cuando ella termina con su novio, además M comenta que cuando su madre y abuela pelean él les da consejos. Sus principales necesidades son básicas de: satisfacción oral, protección, seguridad y cuidado.

En cuanto a su dinámica de la personalidad se observan conflictos entre los impulsos agresivos hacia la madre (enojo) por no cubrir sus necesidades básicas orales y temor a que desaparezca o lo abandone, es sensible al abandono. Conflictos entre sus deseos de tener a la madre cerca y el castigo severo (muerte, ser aniquilado-complejo edípico no solucionado), M presenta temor a sus impulsos agresivos debido a posibles fantasías de omnipotencia, lo cual podría estar relacionado con sus sentimientos de culpa por la muerte del padre. Muestra sentimientos ambivalentes hacia la figura paterna, por un lado parece significativa, busca cariño, apoyo y protección de dicha figura, pero por otro lado la percibe amenazante, al considerar que por dicha figura puede perder el amor de la madre. También se observan conflictos entre la satisfacción de sus deseos (p.e no cumplir con las normas) e imposición materna (Castración). Conflicto entre sus impulsos sexuales y temor al castigo, temor a la pérdida del control de dichos impulsos. Lucha interna entre sus impulsos agresivos y el deber ser

(bueno), no encuentra un equilibrio entre el ello y superyó, se percibe como muy bueno o muy malo. Presenta sentimientos ambivalentes hacia su hermana, la percibe como cercana pero al mismo tiempo se observa rivalidad entre ellos. M deja ver un temor significativo a perder los objetos de amor (madre, abuela, hermana, etc.), debido a la pérdida que ha vivenciado con el padre, lo cual como se mencionó anteriormente se relaciona con sus frecuentes sentimientos de culpa por lo que tiende a deprimirse con frecuencia.

Se observa que M tiende a mostrar alteraciones en su percepción y desorganización del lenguaje ante situaciones que le provocan conflicto (especialmente las relacionadas al temor de la pérdida del objeto y control de impulsos agresivos) en ocasiones no presenta una adecuada adaptación pues tiende a utilizar mecanismos de defensa como la represión que no le permiten un equilibrio entre el yo y el superyó, aunque a veces logra adaptarse al mundo externo a través de la represión de sus deseos y sumisión, hay momentos en los que no tolera dichos impulsos y no los controla, parece moverse en dos polos, puede llegar a ser un niño muy complaciente y buen portado o muy explosivo y agresivo.

Se observa que sus necesidades de seguridad, protección y afecto no son satisfechas por lo que tiende a utilizar la fantasía como mecanismo defensivo, por momentos se observa poco contacto con la realidad, en ocasiones se observa un yo que no ha integrado la parte buena y mala. Ante los conflictos familiares tiende a aislarse, evitar o proyectar en sujetos inanimados, fantasía. Se observan pobres recursos al no lograr satisfacer sus necesidades, en ocasiones establece poco contacto con la realidad y tiende a negarla. Dentro de sus recursos se observa buena memoria y capacidad de aprendizaje.

6.3 Impresión diagnóstica

Es importante mencionar que M presenta rasgos de un trastorno depresivo que ya había sido diagnosticado por una institución pública de salud, desde los 4 años, al tener los antecedentes hereditarios. Cabe señalar que los factores hereditarios no son los únicos involucrados en la depresión, existen otros desencadenantes como: baja autoestima al sentirse inadecuado y diferente en su entorno por el padecimiento de la hidrocefalia, por ausencia vincular estable de objetos satisfactorios de apego (figura materna y paterna), por la introyección culposa de la agresividad dirigida en la fantasía contra la persona amada o necesitada, pues no cumplen con sus demandas, no son sensibles a sus necesidades, además de sufrir de violencia física y psicológica por parte de la madre. La depresión también se puede relacionar con la representación primaria devaluada de sí mismo generada a través de una previa identificación con padres depresivos (Bleichmar, 1996). Otro factor relacionado es un duelo no elaborado de la pérdida del padre. Al respecto Bowlby (1993), señala que algunas de los síntomas de los niños que han sufrido una pérdida son: ansiedad persistente relacionada con el temor de sufrir otra pérdida, temor de

morir él también, esperanzas de reunión y deseos de morir, persistencia en culpar o culparse, hiperactividad; también habla de los síntomas identificatorios donde la persona que sufrió la pérdida manifiesta síntomas que son replicas de los síntomas que tuvo la persona muerta. Bowlby (1993) observó a través de diferentes estudios que la pérdida de uno de los padres se relacionaba con trastornos desde los neuróticos leves hasta trastornos psicóticos graves, determinados por las condiciones (causas y circunstancias de la pérdida, relaciones de la familia después de la pérdida y patrones de relación en el seno de la familia antes de la pérdida, en el caso de M es alrededor de los 3 a 4 años que pregunta por el padre y la madre le dice que falleció cuando él era un bebé por una enfermedad llamada depresión, M parece presentar síntomas identificatorios, cómo: el accidente que tiene a los 6 años y la depresión. Es importante mencionar que a pesar de que M no parece vivenciar el duelo de bebé (7 meses), al no haber tenido mucho contacto con el padre y no ser una figura que reconociera (hablando de la permanencia de objeto), sí parece vivirlo a partir de que la madre le informa sobre la muerte del padre, alrededor de los 3 a 4 años. Aún en la actualidad M continúa presentando una ansiedad persistente relacionada con el temor de sufrir otra pérdida, temor de morir él también, esperanzas de reunión y deseos de morir, persistencia en culpar o culparse, hiperactividad, así como síntomas identificatorios, por lo que se podría inferir que no ha superado el duelo.

Relacionado con algunas de las condiciones mencionadas por Bowlby (1993) al hablar de duelo en condiciones desfavorables, se observa que M no gozó de una relación razonablemente segura con su padre antes de sufrir la pérdida, no se le da pronta información ni hace preguntas al darse cuenta de la dificultad de la madre por abordar el tema, no cuenta con la presencia reconfortante del padre sobreviviente, además en una ocasión que M le pregunta a la madre si su papá lo deseaba, la madre muy enojada de que M recuerde al padre a pesar de no haberlo conocido, le responde: “No sé porque hablas tanto de tú padre, no lo conociste y ¡no!, ¡él no deseaba que tú nacieras!”, esto lo reporta la madre, dice que posteriormente se arrepintió e intento cambiarle la versión a M, pero éste estaba muy triste (lloró mucho) y no sabe si le creyó la otra versión.

Es importante mencionar que M no sólo pierde al padre, sino también a la madre, pues al deprimirse la madre, M pierde la asistencia materna, a lo que Howells, (1970 en Rutter 1990) le llama deprivación materna. Esto puede relacionarse con las frecuentes enfermedades que presentaba M (estreñimiento, vías respiratorias e infecciones en el estómago), por un descuido de la madre, dicha deprivación materna parece haber tenido efectos cognitivos y emocionales en M, pues se da justo a los 7 meses, edad en la que el apego de un infante a una figura materna bien distinguida se ha desarrollado y es a partir no sólo advierte el cambio a una persona extraña sino que muestra disgusto mediante protestas y llanto, (Bowlby, 1993). M pudo presentar una depresión anaclítica (Spitz, 1969) donde la fase de desespero sucede a la fase de protesta, lo cual puede explicar porque

tanto la madre como la abuela percibían a M como un niño muy tranquilo que no lloraba (“pensaba que no sentía el dolor” -abuela). Parece ser que la depresión continúa hasta los 4 años, edad en la que es diagnosticado con depresión por una institución pública de salud, actualmente aún presenta síntomas depresivos.

Con los datos obtenidos y observación del paciente se tiene la hipótesis de que M presenta algunas características de la estructura limítrofe, sin embargo es necesario explorar más si su estructura es de tipo neurótica o limítrofe. De acuerdo con algunas características descritas por Bergert (1980) de la estructura limítrofe, en M se observa que existe una angustia depresiva de la pérdida del objeto, manifiesta una inmensa necesidad de afecto, mostrándose seductor, apela a los mecanismos defensivos como negación e identificación proyectiva, la relación genital y triangular no pudo ser abordada en condiciones normales pues ha vivido un hecho de realidad del contexto, M duerme con su madre, quien refiere que después del rechazo que experimentó hacia M, se sintió culpable y volcó su cariño hacia él, llegando a ser aprehensiva, al respecto Lacan (en Bleichmar y Bleichmar, 1997) menciona que en el psicótico hay un vínculo con la madre en el que no hay lugar para la triangulación edípica, la madre ilusiona al hijo con la creencia de que él es su falo y la ausencia del padre obstaculiza el ingreso del sujeto al orden simbólico.

Rodulfo (1995) menciona que en los niños con trastornos narcisistas no psicóticos la deflexión está presente, donde el individuo asume que el verse como otro es verse permanentemente desde el punto de vista del otro como tal, lo cual puede observarse cuando los niños no hacen la rectificación de “yo”, “tú”, en éste punto considero importante mencionar una de las sesiones en donde M dice que ahora los personajes morirán de una forma muy violenta, me pide que me tape los ojos, al explorar porque me pide esto, M dice: “es que eso da mucho miedo, me dio mucho miedo”, él era quien quería taparse los ojos.

Kernberg, P., Weiner, A., y Bardenstein, K. (2002) refieren que los niños con organización limítrofe tienden a describir las situaciones utilizando los extremos (en blanco y negro), el relato puede dejar contradicciones sin resolver, que pueden ser reconocidas si el entrevistador las señala; el relato es discontinuo y tangencial, sin embargo con el tiempo y ayuda del entrevistador, el individuo logra darle sentido a su lógica interna; la relación consigo mismo es contradictoria (a veces se siente fantástico y en otros contextos exclusivamente horrible); la persona no observa su propio comportamiento; dichas características se han observado en M durante la evaluación, sin embargo se requiere continuar explorando.

A partir del genograma (Ver figura 1) se tiene la hipótesis de que la madre no logró elaborar el complejo edípico, al tener padres sumamente agresivos, el padre golpeaba a la madre y ésta desplazaba su enojo con ella,

esto puede explicar porque la madre no ha podido tener una relación estable de pareja, además esto deja ver su relación aprensiva con M. Al respecto Bleichmar (2001) menciona que una madre que no tiene bien estructurado su propio Edipo le es difícil instaurar las prohibiciones pre genitales. Dicha autora también menciona que el principio de realidad no se termina de instaurar hasta después de la renuncia edípica, ya que es con la constitución del superyó como termina de encontrar su lugar definitivo la represión secundaria y el inconsciente queda tópicamente asegurado, por lo que se podría tener la hipótesis de que M puede presentar fallas en la represión secundaria lo cual se relaciona con el hecho de que en ocasiones pierde el “como si” del juego, dice sentir mucho miedo, su rostro lo muestra y pregunta si eso puede ocurrir en la realidad; sin embargo en otras ocasiones se muestra sereno y con principio de realidad.

Se observa en M rivalidad fraterna, al respecto Lebovici (en Lebovici y Weil-Halpern, 2006) menciona que cuando los nacimientos son demasiados cercanos el uno del otro son penosos tanto para los padres como para los hijos, los celos se manifiestan sobre todo con el niño que sigue al primogénito. La madre refiere que cuando se embaraza de su hija, M tenía alrededor de dos años, ella se volvió a deprimir y menciona que M vivió esto con ella, lo cual pudo reforzar la rivalidad fraterna.

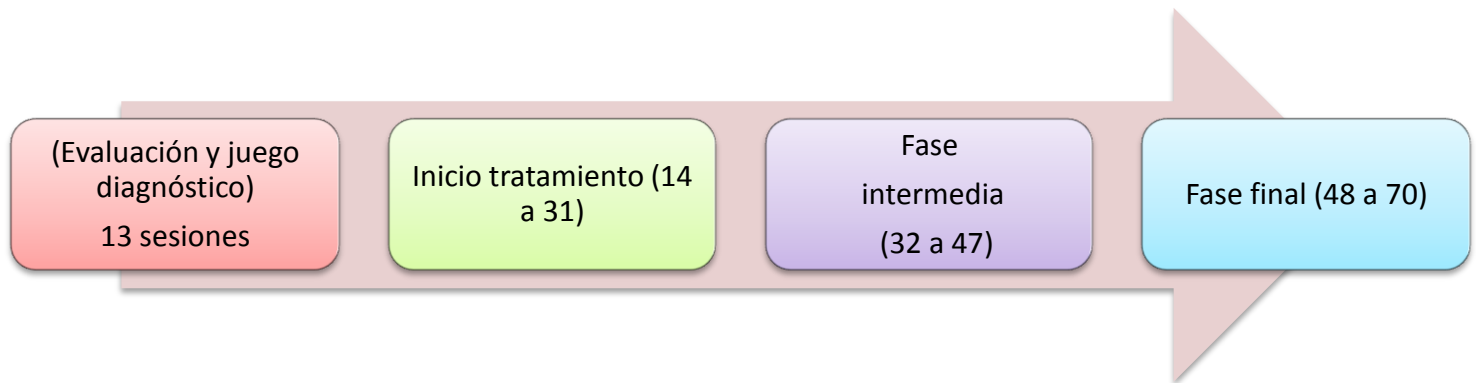
Las palabras que la madre le ha dicho a M parecen tener una repercusión importante en él al considerar que las palabras dan forma a nuestras ideas y significado a nuestras experiencias (Freeman, Epston y Lobovits, 2001), las palabras cómo “eres un estúpido, tonto estoy harta de ti, tu papá no te deseaba”, se relacionan con los sentimientos de inferioridad, incapacidad y auto concepto devaluado de M.

6.4 Focos de intervención

- Favorecer su auto concepto y autoestima
- Descubrir al “Yo”, en toda su dimensión, no sólo limitaciones (hidrocefalia)
- Re-significar vínculos
- Elaboración del duelo por la muerte del padre. (Concepto de muerte)
- Diferenciación entre él y madre. Identificación proyectiva-padre
- Ayudar a integrar objetos
- Elaboración del Edipo.
- Principio de realidad
- Control de impulsos
- Rivalidad fraterna

Cabe señalar que debido a la temática del presente trabajo, se colocará principal énfasis en el desarrollo de los focos: elaboración del duelo y resignificar vínculos.

6.5 Proceso terapéutico



También se tuvieron alrededor de 25 sesiones con la madre.

Se utiliza el enfoque de psicoterapia integrativa, al respecto Opazo (2001 en Esquivel, 2010), menciona que existen tres formas en las cuales los profesionales integran el modelo de intervención de psicoterapia integrativa: eclecticismo técnico, integración teórica y modelo de factores comunes.

En el caso de M se trabajó con la modalidad de factores comunes, los autores más representativos en esta línea son los clásicos Alexander y French con su concepto de "experiencia emocional correctiva" y Jerome Frank, quien en 1963 inicia esta corriente, una línea integrativa cuyo planteamiento fundamental hace referencia al hecho de que si las psicoterapias curan de manera bastante similar, siendo tan diferentes como lo son teórica y metodológicamente, debe ser que curan por aquello que tienen en común y no por sus diferencias específicas. Frank, en su obra "Persuasión y curación" (1963) expone los seis factores comunes que según su investigación forman parte de todas las psicoterapias (en Rosado, 2007):

(1) Una relación de confianza: El paciente expone en una relación con cierta carga emocional determinadas cuestiones cargadas de afecto en una atmósfera de aceptación, sin ser criticado ni rechazado. A esta condición han contribuido especialmente el psicoanálisis freudiano y la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers.

(2) Una explicación racional: El terapeuta reformula el malestar en términos comprensibles y manejables para el paciente. Las terapias cognitivas-conductuales han afinado este concepto y se centran en unidades manejables para el paciente, a fin de aumentar su sentido de eficacia y logro en la resolución de problemas.

(3) El proporcionar nueva información acerca de la causa y el tratamiento de los problemas del paciente:

Ya sea mediante el auto descubrimiento por "insight", autoexploración o la autoobservación el paciente aprende en vivo el cómo explicarse y manejarse sus dificultades.

(4) La esperanza del paciente de encontrar ayuda en el terapeuta: El paciente acude a terapia con la convicción de que esto le será de ayuda, y el terapeuta al aceptar el caso, participa de esa idea, fomentando ambos las expectativas de solución.

(5) La oportunidad de tener experiencias de éxito y dominio de los problemas: Ya sea mediante autodescubrimientos de exploraciones emocionales, insights emocionales o aprendizaje de nuevas habilidades, el paciente es llevado a aumentar sus expectativas de eficacia en el manejo de sus dificultades.

(6) Facilitar la activación emocional : Para que el cambio sea efectivo necesita activarse las emociones relacionadas con las dificultades, ya que a menudo estas se procesan a este nivel ("inconsciente", "experiencial", "tácito", "de lógica de segundo orden", "condicionamiento", "exposición emocional"..etc) . Esta activación permite la modificación de este nivel, la "experiencia emocional correctiva" de Alexander y French.

Dentro de las intervenciones terapéuticas se encuentran:

- Acompañamiento en el juego
- Señalamientos y reflejos en el juego
- Reconocimiento de habilidades (reforzamiento)
- Focusing
- Establecer principio de realidad
- Interpretaciones en el contenido del juego

Cabe señalar que una limitación importante para el tratamiento fue el estado anímico de la madre, pues en ocasiones se encontraba estable y era afectiva con M, en otros momentos era impulsiva y lo agredía verbalmente, diciendo cosas como: "tú papá no te deseaba "sic. Se ha recomendado a la madre asistir a terapia, debido a dicha recomendación y referencia, la madre fue atendida en el Instituto Mexicano de Psicoanálisis alrededor de 3 meses pero desertó.

CAPÍTULO 8. ANÁLISIS DE CASO

A continuación se realizará el análisis del caso en cada una de las fases del proceso, abordando los puntos que se señalaron anteriormente:

- Describir el vínculo con sus cuidadores principales.
- Describir las funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.
- Identificar criterios de duelo patológico

A) FASE DIAGNÓSTICA

- **Vínculo con cuidadores principales**

Al entrevistar a la madre se observan ciertas fallas en el vínculo con su hijo, incluso desde antes del nacimiento, esto debido a que M no es un hijo deseado, además a partir de que la madre le comenta a su pareja del embarazo, éste la rechaza, lo cual pudo producir ciertos sentimientos de enojo y ambivalencia hacia el bebé. Otro punto importante es que la abuela del bebé critica a la madre por el embarazo, es debido a este suceso que la madre decide nombrar a sus hijo como se lo señala su madre, al respecto Lebovici refiere que cuando se elige el nombre se hace pensando en aquel nombre representativo del mandato de éste bebé, con dicho nombre será revestido de una identidad de préstamo; la madre de M lo nombra como la abuela lo indica con la finalidad de que su hijo sea querido por ella, busca satisfacer a su propia madre ya que pocas veces la complace, cabe mencionar que en la entrevista la Sra E (madre de M), habla de la mala relación con su propia madre, considera que nunca ha podido satisfacerla como hija. La Sra E. decide ponerle a su hijo un segundo nombre y para ello elige la opinión del mejor amigo de su ex pareja (padre de M), el segundo nombre que le recomiendan significa líder, con lo antes mencionado pareciera que la Sra E busca seguir recordando a su ex pareja a través de su hijo, además lo idealiza como un líder que logrará cambios importantes en su vida y la de su familia. Con lo reflejado anteriormente podríamos decir que la madre coloca ciertos ideales y metas en su hijo, dejando de ver al niño real, por un lado busca complacer a su propia madre y por el otro busca recordar a su ex pareja al colocarle un rol de líder “del hogar” a su hijo.

La madre comenta que durante el embarazo se mostró ambivalente pues en ocasiones anhelaba el nacimiento de su hijo y en otras no, incluso fue al psicólogo ya que llegaba a tener ideas suicidas y de aniquilamiento hacia su hijo. En otros momentos escribía en un cuaderno todas las cosas buenas que esperaba de su hijo, así como los sentimientos positivos hacia éste. Comenta que cuando nace se hace cargo de él pero por momentos se deprime y su madre lo cuidaba, a los 8 meses de M, la expareja de la Sra E se suicida y ella se deprime aún más, rechazando totalmente al bebé, lo desteta bruscamente y refiere que en una ocasión pensó en ahorcarlo. Cabe señalar que es justo en el séptimo u octavo mes cuando Spitz (1969) habla de la angustia,

donde en la reacción hacia el desconocido el niño responde a algo o alguien con el que, no tuvo nunca antes una experiencia desagradable, la angustia es una respuesta de su percepción de que el rostro no coincide con las huellas mnémicas del rostro de la madre y por lo tanto ese desconocido será rechazado. Para M fue difícil establecer un vínculo con la madre, debido a su ambivalencia y posiblemente también hacia la abuela, pues ésta refiere que ella hacía lo que podía pero no se encargaba al 100% de él, en ocasiones lo dejaban solo. Cabe mencionar que la madre (Sra E), después del suceso donde piensa en ahorcar a su hijo, acude a tratamiento por depresión, desde que comienza con el tratamiento se dirige hacia su hijo con demasiado afecto, llegando a exagerar.

M se muestra como un bebé pasivo, tranquilo, pocas veces lloraba, llegó a presentar accidentes al crecer y no refería dolor. Esto nos puede hablar de una depresión anaclítica de la cual hemos hablado en el primer capítulo.

Como lo menciona Winnicott (1987) las madres adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebé, capacidad para identificarse con él, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de este, para la madre de M fue difícil adquirir dicha capacidad debido a la ambivalencia hacia éste.

La Sra. E presenta un mayor conflicto cuando a su hijo le detectan hidrocefalia congénita y depresión, ella menciona que no aceptaba tener un hijo tan imperfecto, ella esperaba que fuera un hijo ejemplar del que sus padres (abuelos de M) estuvieran sumamente orgullosos; en ocasiones se niega a darle el medicamento respectivo a M, debido a su dificultad por aceptar la enfermedad en su hijo; lo cual dificulta nuevamente el vínculo. Dichas dificultades en el vínculo parecen tener repercusiones importantes en M, pues como menciona Winnicott (1971) “un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer a la realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella, si no existe una madre lo suficientemente buena”.

Con lo antes mencionado se puede deducir que M pudo llegar a desarrollar un apego inseguro ansioso o desorganizado. A través del juego diagnóstico, entrevista y pruebas psicológicas se observa que M tiende a presentar temor constante al abandono, en las primeras sesiones se muestra muy complaciente con la terapeuta, posiblemente al pensar que si la complace y hace todo lo que ella dice no lo dejará. En ocasiones al terminar las sesiones diagnósticas, su madre no se encontraba en la sala de espera y M se mostraba ansioso, cuando ésta regresaba, algunas veces M la abrazaba pero la soltaba inmediatamente y caminaba solo, en otras ocasiones le gritaba, haciendo ver su enojo. En ocasiones cuando salía del cubículo hacia la sala de espera, al final de la sesión, se dirigía hacia la madre de forma ambivalente, pues parecía caminar hacia donde estaba ella pero terminaba desviándose hacia donde estaba su hermana o hacia el patio.

Durante el juego refleja su apego inseguro hacia sus cuidadores, principalmente abuelos y madre, refiere que los abuelos eran buenos, después cambia de parecer diciendo que durante algún tiempo cuidaron a los niños pero después los abandonaron, el dinosaurio rex se los come. En otra sesión introduce a la figura materna,

refiere que esta madre (humana) desea matar a los hijos del papá rex dinosaurio esto le enojó mucho al dinosaurio y se la come. Durante la fase de diagnóstico M hace huevos de plastilina, refiere que los padres no están presentes, después dice “a veces los padres dejan a sus hijos con quien más quieren, con las colinas”.

Al final de esta fase diagnóstica, M deja ver su necesidad de una figura de apego segura, diciéndome: “me gusta venir aquí, cuando ya no venga puedo hablarle y le presentaré a mis hijos para que también vengan aquí, para que se diviertan como yo lo hago”.

- **Descripción de las funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.**

Como lo menciona Winnicott (1971) la función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto biológico, que realiza el cuidado materno. Para adquirir la capacidad materna la madre se relaciona con la capacidad para regresar a un estadio en el que la mujer vuelva a ser el bebé de su propia madre, con todo lo que eso puede significar en su propia historia, tendrá que identificarse con el niño que lleva dentro, así como su propia madre, tal y como ella la interiorizó; todo esto según Geissmann (200 en Geissmann y Houzel, 2000). Debido a lo antes mencionado y con la información recabada en la entrevista con la madre de M, se esperaría que ésta presente fallas en las funciones maternas, ante su dificultad para identificarse como una madre así como para regresar a su propia infancia, la cual estuvo llena de maltratos y de una relación sumamente conflictiva con su propia madre quien tendía a gritarle cosas como “nunca serás algo bueno, eres una tonta, te odio”.

En cuanto a la función del holding Winnicott (1960a) refiere que el sostenimiento protege contra la afrenta fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura, tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas, así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, el sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener a la criatura en brazos y que constituye una forma de amar. Bion (1980) menciona que la madre es quien funciona como un continente de todas las sensaciones del lactante (contenido), de tal forma que con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía. Al analizar la historia de M se observa la incapacidad de la madre para sostenerlo, esto se refleja en su historial de enfermedades infecciosas, lo cual deja ver cierto descuido de la madre, así también de los diferentes accidentes que se reportan en la historia clínica, además a los 2 años se pierde, ni la madre ni la abuela se dan cuenta de esto, hasta que él llega a la farmacia de su madre por sí solo.

La función de handing (manipulación) depende de las diversas dimensiones sobre las cualidades de los cuidados maternos, por lo que cuando se proporciona al niño un grado razonable de adaptación a sus

necesidades, también se ofrecen mejores oportunidades para el temprano establecimiento de una firme relación entre su psique y soma; en otros términos esa relación se refiere a la elaboración imaginativa de las zonas, sentimientos y funciones del cuerpo, construyendo así una experiencia sentida e imaginada de estar físicamente vivo. (Winnicott, 1962). Se observa que la madre de M mostró dificultad para devolver la mirada a su bebé, devolverle su persona y de esa forma diferenciar de sí mismo y de ella, llegar a ser y a hacer, esto se refleja cuando la madre no es capaz de devolverle todas aquellas cualidades a su hijo pues desde que nace lo rechaza y ve sus defectos, la madre refiere que constantemente le dice que está gordo, que no sabe correr bien, le enoja que no se defienda de las agresiones de los otros, tiende a decirle que es un tonto y la desespera; cuando comienza a controlar esfínteres y llegaba a tener accidentes en la calle le decía que era un asqueroso y cochino; además parece que la madre tiende a colocar sus propias necesidades por encima de M, pues a los 8 meses lo desteta bruscamente por su propia necesidad de estar lejos de él, en ocasiones lo dejaba solo y no cubría sus necesidades al sentirse deprimida, actualmente refiere que siente la necesidad de dormir con él al percibir que es el único momento donde están juntos sin discutir, esto a pesar de saber que M necesita cierta independencia y privacidad.

En esta fase diagnóstica se observa la dependencia de M hacia su madre así como indiferenciación ya que cuando se le pregunta a M qué piensa de sí mismo reproduce el discurso de la madre, cuando se le pregunta sobre sus gustos también lo hace, incluso se observa que en ocasiones hace cosas que le desagradan al considerar que eso hace feliz a su madre y si ella está feliz, él también.

Por último la función de presentación del objeto, nombra a la cualidad de la madre de favorecer la ilusión de creación en el niño, considerando como precursor el principio de realidad (Winnicott, 1945). Un grado mayor de integración y personalización se organizará como parte del proceso de ilusión y desilusión del objeto del que resultará la capacidad para establecer relaciones objetales. Winnicott (1987) refiere que el patrón es el siguiente: el bebé se desarrolla de una vaga expectativa que tiene su origen en la necesidad del bebé, y de esta manera el bebé empieza a necesitar justamente lo que la madre le presenta, de este modo el bebé llega a adquirir confianza en su capacidad para crear objetos y para crear el mundo real. Debido a que la Sra E (madre de M) antepone sus necesidades, M muestra desconfianza en su capacidad de creación, de hacer y de relacionarse con los objetos, para ejemplificar dicha desconfianza, me remito a la sesión 10, donde dice: "Mi mamá ya no me quiere comprar mascotas, dice que las mato, eso me da tristeza yo no las mato, bueno si mato, una vez saque a mi cotorra de su jaula y se la comió el perro yo le abrí la boca para sacar a mi cotorra pero ya estaba muerta, yo la mato".

Ante su comentario, se habla de los accidentes y de la ayuda que requieren los niños de otros adultos para cuidar otras mascotas. En la siguiente sesión M habla de sus mascotas muertas, diciendo que él no las ha matado pero que siempre les pasa algo y mueren, refiere que el día de reyes les pidió a los magos que le

saludaran a sus mascotas, en especial a su perro Jairo (el perro que observó ahorcado de niño- 2 años), también le escribió una carta a su cotorrita diciéndole que él no la había matado y que había sido un accidente, se le reafirma esto diciéndole que efectivamente fue un accidente y que él no ha matado a ninguna de sus mascotas, después de esto M dice: “Sí, fue un accidente porque yo a ella no la maté”, se le dice que él no la ha matado ni a ella ni a nadie, no ha sido su culpa las muertes de sus mascotas, han sido accidentes. Se le pide que haga un dibujo de cómo se sintió con la muerte de sus mascotas, M dibuja a un niño pequeño llorando, se le hace ver que se sintió triste y posiblemente pequeño, él contesta diciendo: “sí pues tenía 5 años cuando murió mi cotorrita”. Después M dice “Yo pienso que alguien me quiere inculpar de que yo las mato para que ya no me compren más mascotas”, se le pregunta quién se le ocurre que quiere culparlo y para qué, M dice que no sabe, se le dice que si él piensa así es porque posiblemente alguien le hace sentir eso y poco a poco podremos saber qué lo hace sentir así. Después de esto M dibuja a su madre con un pez, también dibuja a su abuelo y hermana, cada uno con un pez, comenta que ellos le darán un pez y así él ya no se sentirá triste.

Es importante mencionar que durante esta fase diagnóstica M deja ver su gran necesidad de establecer un vínculo de apego seguro y contar con una figura que cubra con sus funciones al atender sus necesidades, para ejemplificar esto, presento algunos fragmentos de la sesión 1 y 4.

Sesión 1: El dinosaurio rex se come a todos los dinosaurios pequeños, se le pregunta si el rex tiene mucha hambre, M responde que sí, se le pregunta ¿por qué ha comido tanto?, dice que es porque no ha comido en dos semanas, ya que tuvo que cuidar a sus crías y alimentarlas, se le pregunta si es papá dinosaurio o mamá, responde que es papá. M comenta que ahora los dinosaurios hijos cazarán presas para su papá, le harán una sorpresa por haberlos cuidado durante dos semanas, los dinosaurios comienzan a cazar y después sorprenden al papá... más adelante el papá les enseña a cazar, finalmente los dinosaurios aprenden, M dice “Los dinosaurios aprenden porque han visto como caza el papá”.

Después dice que los dinosaurios se irán a dormir, el papá dinosaurio rompe algunos árboles para hacerles alguna camas, las crías duermen mientras el papá se acuesta sobre ellos, M comenta: “El papá es su cobija, por eso no necesitan cobija, el papá los quiere mucho”. Cuando los hijos intentan cazar y su presa les hace daño, el papá sale a defenderlos y protegerlos, se le pregunta a M si los hijos no salen dañados con tantas cazas, M contesta: “No, porque ellos están seguros de que si pasa algo su papá los ayudará, se sienten seguros”.

En esta sesión se puede observar la necesidad de M de una figura que lo proteja, lo cuide y le enseñe cosas; aparece la fantasía de que dicha figura pudo haber sido su padre muerto. Posiblemente ha llegado a pensar que si su padre no hubiese muerto, lo habría amado y cuidado. Al mencionar que el padre se acuesta sobre ellos, podríamos hablar de la poca diferenciación entre la psique y el soma presente en M, así como ciertas fallas en el principio de realidad, las cuales pudieron verse influidas por las fallas en las funciones maternas de sus cuidadores.

Sesión 4: M dice “Oh que emoción, me gusta hacer dibujos, voy a hacer un árbol, me gusta mucho el color verde, es mi preferido porque es el de la naturaleza”, cuando termina el árbol se le pregunta cómo es el árbol, M contesta que es duro pues no se cae, además tiene manzanas (dibuja las manzanas), posteriormente dice que le falta alguien, dibuja un niño a lado del árbol, comenta que ese niño quiere una manzana, la manzana cae y él se la come, le pregunto cómo se siente ese niño ante el árbol (ya que el niño es mucho más chico que el árbol), M comenta que no le da tanto miedo, después comienza a hablar sobre las películas de terror que ha visto y las cuales le han dado mucho miedo, como la de zombies, refiere que estas películas las ve con su hermana, con su madre no ve películas ya que ella trabaja. M comenta una película en la que una mujer se mata, no recuerda si se avienta de la ventana o se da un balazo en la garganta, esto lo hace porque descubrió el cielo, al preguntarle a M el nombre de la película contesta que no recuerda cual es. Posteriormente M refiere que por las tardes su madre trabaja por lo que sus abuelos van a su casa a cuidarlos, pero cuando ellos terminan de preparar los tamales para vender al día siguiente, regresan a su casa, así que M y su hermana llegan a quedarse solos mientras llega su mamá; otras ocasiones los cuida alguna de sus tías. También menciona que vive en casa de su bisabuelo, quien está enfermo y a veces él tiene que cuidar que no se salga de la casa ni de su cuarto pues se ha caído varias veces en la calle, M tiene que ir a la casa de su tía para avisar.

Se observa que M tanto en esta sesión como en la anterior, habla de comida, lo cual nos remite a sus necesidades orales que no han sido satisfechas. Deja ver cierto temor hacia las figuras parentales y miedo a que mueran.

- **Identificar criterios de duelo patológico**

Antes de analizar este punto es importante recordar algunos de los criterios de duelo patológico, Bowlby (1993) señala cuatro variantes patológicas del duelo:

- Anhelos inconscientes de la persona perdida
- Reproche inconsciente contra la persona perdida, combinado con auto reproches conscientes y a menudo incesantes
- Cuidado compulsivo de otras personas
- Persistente incredulidad de que la pérdida sea permanente (a menudo designada como negación)
- Las esperanzas y deseos de morir él también se maximizan
- Persistencia de culpar o culparse

Por su parte Vicente, (2009) menciona que los niños que están elaborando mal su duelo siguen manifestando, pasados los meses, los siguientes síntomas

- Pensamientos recurrentes que generan malestar sobre aspectos relacionados con la pérdida (no puede dejar de pensar en el ser querido, tiene problemas para concentrarse en las tareas, tiene pesadillas sobre la muerte, se siente culpable por la muerte, etc)
- Evitación constante de cualquier persona, objeto o lugar que pueda recordar al ser querido (se muestra retraído, no quiere hablar sobre la muerte, evita ver fotografías o ir a lugares que le traigan recuerdos, etc.)
- Altos niveles de ansiedad, que se manifiestan en dificultades para dormir, hostilidad, quejas físicas y dolores frecuentes etc.

A continuación relato fragmentos de algunas sesiones donde aparecen algunos de los criterios antes mencionados:

Sesión 3: M nuevamente juega con los dinosaurios, en principio les dispara, dice que el dinosaurio papá es muy grande y le darían un millón de pesos si lo matan de un balazo, intenta dispararle, después dice: “Hoy es el funeral del dinosaurio”. Le pregunto por qué y responde que él le disparará y morirá, le pregunto cómo se sienten los hijos dinosaurios y dice que bien pues ellos también van a morir y estarán todos juntos en el cielo. Se le pregunta por la madre, M se ríe y dice que no encontró un dinosaurio que pudiera ser la madre, que el padre era soltero porque la mamá se murió, fue fusilada igual que ellos pero antes.

En este fragmento se observó el anhelo inconsciente de la persona perdida (padre), así como sus deseos de morir él también ante la fantasía de encontrarse con su padre y tener una relación estrecha con éste, la cual no pudo tener al no conocerlo.

Sesión 4: M habla de una película que le dio mucho miedo en la que una mujer se mata, no recuerda si se avienta de la ventana o se da un balazo en la garganta, esto lo hace porque descubrió el cielo, al preguntarle a M el nombre de la película contesta que no recuerda cual es. Comenta que tuvo un sueño donde su papá José (abuelo) tenía un rex en su cochera, le abría la puerta y el rex perseguía a M hasta comérselo, le pregunto cómo se sintió de soñar esto y dice que le dio mucho miedo, piensa que en verdad un rex se lo puede comer pues alguno pudo haber quedado congelado y al descongelarse cabría la posibilidad de que se lo comiera, se le aclara que eso no es posible.

Parece existir cierta fantasía de que en el cielo puede existir algo bueno por lo que la gente se mata y decide ir ahí, deja ver temor a perder a la figura materna, aparecen pesadillas en torno a la muerte, por un momento pierde el sentido de realidad, esto ante el gran temor que siente de ser “devorado”, lo cual podría simbolizar el ser devorado por su propia madre o cuidador.

Sesión 10: Como se mencionó anteriormente en esta sesión habla de sus perros muertos y sentimientos de culpa.

Se observa que sus sentimientos de culpabilidad se ven reforzados por la madre, quien tiende a ser comentarios muy negativos cuando se desborda. Durante la entrevista la madre refiere que en una ocasión M le pregunta si

su padre lo quería, la madre enojada le responde que le molesta hable tanto de su padre si no lo conoció y que además él no quería verlo nacer.

Sesión 11: Nuevamente repite el juego donde hay un primo malo junto con su tropa y los dinosaurios, estos dos grupos pelean, un muñeco de la tropa del primo malo trae una cuerda, M dice “oh no deja la cuerda o puedes morir” , menciona que ese soldado será el primero en morir cuando se pide la retirada de la tropa, ya que se enredó con la cuerda y muere, M dice: “reconozco esa cuerda, esa cuerda es una estafa, porque mira, (pone la cuerda en el cuello del muñeco), oh no, aaaaaaaaaaaaaa, ya se ahorcó”, me pide que entierre en un lugar seguro al muñeco ahorcado, después dice que la cuerda estafa será quemada... Al final, el primo malo muere. Se le comenta a M que a lo mejor algún día el primo malo podría negociar con los dinosaurios y no pelear, M dice que eso no pasará ya que el primo es muy malo.

Se observa una posible fantasía inconsciente de que su padre murió ahorcado. Cabe mencionar que ante esta escena M alza la voz y muestra euforia. Parece ser que aunque su madre y familiares no le han dicho a M que su padre murió por suicidio al ahorcarse, en su inconsciente o preconsciente M percibe que su padre murió de esa forma o posiblemente haya escuchado a familiares hablar del tema, podría inferirse que a M le cuesta trabajo aceptar que su padre fue quien se ahorcó por lo que da vida a la cuerda como otro sujeto, quien ahorca al individuo. M no vuelve a hablar sobre la cuerda y me pide que la guarde en un lugar seguro pues es muy peligrosa.

Sesión 13: Durante la batallas algunos hombres le piden a los dinosaurios que los maten pues prefieren morir a estar en un lugar donde predomina la guerra y estarían mejor en el cielo donde está el paraíso, le comento a M que posiblemente ellos no necesiten morir pues pueden encontrar un lugar en la tierra donde no haya guerra, M dice: “no, estarán mejor en el cielo, porque en el cielo está el paraíso ¿No?” , yo le respondo que cuando una persona muere deja de estar en la tierra y se puede perder el disfrute de nuevas cosas como conocer a personas buenas, vivir momentos alegres, etc. Posteriormente M dice que ésta vez el final será diferente y genial, le gustará mucho su final, comienza por decir que los humanos empezaban a pelear entre sí y los dinosaurios aprovechaban para irse, tendrían aunque sea un día de paz, los humanos peleaban ya que se revelaban contra el jefe malvado y abusivo pues no deseaban pelear más, otros humanos apoyaban al jefe, comienza la pelea, se le deja ver a M que durante el juego parecía que algunos humanos no querían pelear pero debían hacerlo por alguna razón. M finaliza la historia diciendo que el niño con una moto choca contra el escudo de la guerrera, mientras se enfrentaban y ambos explotan, en éste momento M dice “esto es lo genial, me gusta mucho esto”. Los humanos comienzan a pelear de dos en dos y explotan, todos mueren. Cuando le pregunto a M que fue lo que más le gusto de la historia él dice: “Que los dinosaurios tuvieron un día de paz”. Al salir del cubículo M me pregunta si en la realidad una moto puede chocar con el escudo y espada de una guerrera y explotar, le respondo que para empezar en la realidad es difícil encontrar a mujeres cargando un

escudo y una espada, se le pregunta por qué le causo curiosidad esto, M responde: “es que eso sería padre”.

Aparece nuevamente su anhelo de reunirse con su ser querido, persiste la fantasía de que el cielo es un paraíso a diferencia de su hogar donde persisten las peleas con su madre y entre sus familiares, M deja ver su enojo y cansancio ante la situación familiar. Anhela un día de paz y un lugar donde se sienta seguro y protegido, deja ver que su familia no le provee un ambiente de confianza, seguridad y de contención.

B) FASE DE INTERVENCIÓN INICIAL

• Vínculo con sus cuidadores principales.

Dentro de las sesiones de la fase inicial (14-31), se observan algunas fallas en el vínculo entre M y sus cuidadores principales, especialmente con su madre. A continuación se presentan algunas sesiones donde esto se ve reflejado:

Sesión 14: M juega a la pelea entre los dinosaurios (buenos) y la tropa de los primos malos (humanos). M representa la pelea, refiere a una guerrera que traiciona a los humanos, se va al bando de los dinosaurios, al final los hombres la matan por traidora aunque los dinosaurios tratan de defenderla.

Se observa la ambivalencia en el vínculo con la figura femenina (materna), por un lado la percibe como traidora pero por otro lado siente la necesidad de defenderla, termina matando a dicha figura, dejando ver el conflicto con ésta. Cabe mencionar que esto ocurre casi al final de la sesión.

Sesión 15: M dice que jugará lo mismo de siempre pero que ahora la historia será diferente, la guerrera que la ocasión pasada se volvió buena sería mala y la matarían. Dentro de su juego mata a “Doña Florinda” y a la hermana de ésta, otra figura femenina del equipo malo. Cabe resaltar que en el equipo de los buenos no se encuentra ninguna mujer, solo los dinosaurios adultos, bebés y otros animales.

Nuevamente se observa la ambivalencia hacia esta figura, M deja ver su enojo al percibirla como mala y traidora. Cabe señalar que en varias ocasiones la madre de M lo agrade física y verbalmente, posteriormente se arrepiente y le dice que lo ama, lo cual afecta el vínculo con dicha figura. M puede sentirse confundido.

Casi al final de la sesión M dice “claro el rex siempre estará con sus hijos y morirá antes que no estar con ellos”. M deja ver su idealización en el vínculo con la figura paterna, la cual no ha logrado consolidar pues aunque en ocasiones a su abuelo le dice papá, pasa muy poco tiempo con él, la madre de M refiere que el abuelo es alcohólico. Posiblemente M imagina que si su padre (muerto) estuviera vivo, lo cuidaría y protegería. Al mencionar que el papá rex morirá antes que no estar con ellos refleja un vínculo inseguro, donde el cuidador prefiere morir a no estar con ellos, sobre protección; así también M deja ver su necesidad de un vínculo seguro con la figura paterna, una figura que lo acompañe y no lo abandone.

Sesión 16 : M toma una pistola, me apunta y dice “ahora si te puedo matar”, me pide que yo también tome otra pistola, retomo que la sesión pasada no nos pudimos ver y le pregunto cómo se sintió, M ignora la

pregunta y me pide que me ponga un escudo de oficial, dice que él será un ladrón que asaltará un banco, yo tengo que perseguirlo y capturarlo para meterlo a la cárcel, después dice que él dejó el dinero junto con una bomba en un edificio y no me dirá al menos que lo deje ir de la cárcel, yo lo dejo ir y me dirijo al edificio para desactivar la bomba, M dice: *“después de esto yo me volvía bueno” sic.*

M deja ver su inseguridad al vincularse con los otros, en este caso con la terapeuta, muestra enojo, culpa y miedo al abandono, al dejarme de ver, debido a que su madre no lo pudo llevar.

M me transfiere el rol materno, dejando ver las fallas en el vínculo que presenta con dicha figura pues como lo menciona Klein (en Segal, 1988) dentro del vínculo con la madre la escisión es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, cuando la persecución es tan intensa puede surgir la desintegración del yo; en el juego M percibe a la figura materna como persecutoria sin embargo la idealiza poniéndola como una oficial buena, él proyecta lo malo en sí mismo, mostrando dificultad para integrar los objetos buenos y malos. M deja ver su necesidad de que la madre “lo deje ir”, necesidad de diferenciarse. Al final menciona que se volvía bueno, en las sesiones anteriores también habla de personajes buenos y malos, los cuales en ocasiones cambian de rol, principalmente los malos, M refleja su necesidad de integrar objetos, sin embargo muestra dificultad para hacerlo. Posiblemente M viva a la madre como persecutoria pues en ocasiones es muy cariñosa con él, lo abraza y lo besa, además la madre menciona su dificultad para dejar de dormirse con él, se le menciona las repercusiones negativas que esto puede causar en el desarrollo de su hijo. Posteriormente M me pide que cambiemos de juego, me da una muñeca y él toma a Tarzán chico y a un dinosaurio, dice que el dinosaurio quiere atacar a la muñeca pero Tarzán chico la defenderá, el dinosaurio la quiere meter a la cárcel porque es un delito ser tan alta, mientras pelean M me dice que ella tenía que correr, ella corre y posteriormente regresa, pero Tarzán chico ya había muerto, ella ve su cuerpo colgado, después el zombie de Tarzán chico la persigue, desea matarla por haberlo abandonado durante la pelea, ahora es el dinosaurio quien la defiende, dice que él la atacaba porque los humanos como ella habían terminado con su especie pero que él era bueno, el dinosaurio le dice a la mujer que Tarzán chico siempre ha sido malo, incluso mató a su propio hermano (Tarzán grande), le lleva el cadáver del hermano para que vea que Tarzán chico es traicionero, posteriormente el hermano Tarzán (grande) revive y se queda con la mujer contemplado la pelea entre el dinosaurio y Tarzán chico, el dinosaurio mata al Tarzán chico, el hermano (Tarzán grande) ataca al dinosaurio pues dice que pensaba que solo era un juego y no mataría a su hermano (Tarzán chico), a pesar de todo él lo quería, aunque lo traicionó, le pregunto a M si el Tarzán chico tenía una parte buena, M contesta que no, él siempre fue malo. Al final de la sesión M saca a papá rex quien ataca a la reina y se la come, M menciona que fue devorada por malvada.

Klein menciona que en la posición depresiva el niño se enfrenta a los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan

destruido o lleguen a destruir al objeto amado, por lo que despierta el deseo de restaurarla y una forma de hacerlo es renunciar al control del objeto y aceptarlo como es, M presenta una gran dificultad de restaurar a la madre debido a la agresividad que esta tiende a mostrar con él, lo cual lo llevaría a pensar que no es un hijo deseado ni amado. En el relato anterior se observa el miedo de M a sus impulsos por atacar a la figura materna quien lo abandona cuando más lo necesita, así también se observa la rivalidad fraterna; aparece el Edipo no solucionado y la necesidad de una figura paterna que ponga límites dentro de la relación madre-hijo, esto deja ver cierta culpa ante sus impulsos agresivos y miedo al castigo pues al final Tarzán chico (personaje con quien se identifica) es asesinado por querer matar a la mujer.

Sesión 17

M: Ya está curado (uno de los star wars) ahora ya te podrá proteger, vayan juntos. No se separen llamaré a los demás de star wars para que no se separen porque solos son débiles, ahora, ¿qué altura es? y si se cae, ahí ya vale, está muy alto, ya se doblo el enemigo, qué qué cuidado (sonidos), suéltalo déjalo, déjalo, pusieron a los star wars en frente para defender a su propio amigo

M: y a ella (princesa) la andan matando se la llevará a su guarida y luego ahí la podrá asesinar.

M: Chicos protéjanme porque soy la reina. Es bien gallina en lugar de que ella los enfrente avienta a dos hombres a morir

M: Hombres hombres no hay más hombres que me defiendan (La princesa dice esto), Yo te defiendo. ¡Ah señor! ¡Princesa!, estoy aquí colgado. Los demás se murieron cayeron todos al precipicio... los aventó godzilla, le dijeron monstruo. Ahora princesa yo la protegeré, corra. La protegeremos, chicos vamos a ir a proteger, me pondré este casco, no cabe en mi cabeza, creo que es por el gorro, ah sí, a mi no me cabe, es muy grande, no le cabe a nadie. Ya me cabe. Somos como cinco hombres... ah qué pasó... los atacarán.

Terapeuta: ¿Por qué tiene que defender a la princesa?

M: Porque es la princesa la amiga de... del herm... del primo.

Terapeuta: Entonces el primo la tiene que defender porque es su amiga

M: Sí o le va a costar caro, dicen que mata hasta los heridos... ella es demasiado egoísta

M deja ver la percepción de una figura femenina débil y a la vez peligrosa, pues si no la defienden puede llegar a matarlos. Se observa enojo hacia la figura femenina al considerarla una cobarde por no protegerse a sí misma y poner en riesgo a otros; esto es lo mismo que ocurre en el vínculo entre M y su madre, pues en ocasiones ella se deprime y llora enfrente de él, M trata de ser fuerte, le pide que no llore y le da consejos; cuando la madre de M se pelea con la abuela, él habla con ésta última para proteger a su madre. Posiblemente M se sienta enojado ante el egoísmo de su madre, quien en lugar de protegerlo aumenta su vulnerabilidad. Al principio del fragmento mostrado, M deja ver la necesidad de que el cuidador paterno (posiblemente abuelo) se cure para poder proteger, muestra su necesidad de que esto ocurra.

Casi al final de la sesión:

M: tienen que derrocar al primo, la violencia es la forma más eficaz de matar, mis padres me enseñaron a ser violento, a mis padres no les importaba que fuera bueno, le hacía de comer a mamá, le traía periódico a papá, y siempre me decían que debía ser violento, hasta que un día mi papá me pegó tan fuerte que olvidó toda su bondad y se volvió violento, pero ahora si ya desperté, ahora si ya vamos amigos, no tan rápido, que
aaaaaaaaaaaaa aaaaaaa aaaaaaaaaaaa

Al terminar la sesión M expresa su enojo hacia la gente que lo ha maltratado, como sus primos, quienes se burlan de él y su madre que lo ofende verbalmente y agrede físicamente

M deja ver su impotencia al “no ser visto” por sus cuidadores principales, parece que en ocasiones se empeña por tener un buen comportamiento pero el resultado es el mismo “agresiones”, esto parece confundir a M, quien llega a pensar que posiblemente si es violento al igual que sus cuidadores podrá ser aceptado y amado. M muestra su enojo ante las agresiones que recibe de su familia, así también deja ver su necesidad de ser reconocido y mirado por otros, al respecto Dolto (1983) menciona que el ser humano interioriza el código de su relación con el otro, se ama así mismo como es amado por otro.

Sesión 19

M: El papá del primo era él (señala al muñeco que ahora se encarga de la tropa de los humanos malos). .. Hijo... ¿Qué?... Me las pagarás por volverte bueno, te asesinaré pase lo que pase. .. NO me importa que me mates aún así

T: Siendo su propio padre lo quiere matar.

M: Sí porque es bueno y él siempre estaba orgulloso de sus hermanos porque eran malos y él decía- yo quiero ser bueno y todos le decían qué .. puff puff (hace como que le pegaban).

T: Yo creo que todos tenemos una parte buena y una parte mala.

M: Sí, pues yo también tengo una parte mala, pero yo no me libro con palabras, con que me libro es la furia, si cuando me enojo hago esto (hace una cara de enojo y sonidos) y así mis primos ya saben que estoy enojado porque eso ya lo han escuchado y los empiezo a perseguir , eso es la señal que estoy molesto y ellos saben que deben huir porque si no les puedo hacer algo feo, los puedo golpear, eso no me ha gustado, me intento de controlar pero mi papá me dijo que me defiendan, entonces me voy a defender y ahora si ya no voy a tener miedo. (Hace rugidos de dinosaurios)

T: Ahora si ya no vas a tener miedo

M: ... listos... a pelear... ¿qué? ... espera aquí papá rex... ¿si?... sí... si los necesitamos les gritaremos... voy a andar aquí yo. (Hace sonidos como un animal que llora y otro que ruge).

T: ¿Qué le está haciendo a su hijo?

M: Lo anda lamiendo... le anda diciendo a éste que lo proteja, que no deje que le pase nada, el papá rex lo va a cuidar detrás, si lo vienen atacar entre miles, ellos lo van a cuidar, mientras que los demás van a pelear.

(Hace sonidos de ataque- rugidos)... Va a matarnos... aaaaaa ... el profesor Jirafales anda peleando contra dos, ellos si son muy aliados no dejan que los sorprendan, vean.

T: Pelean entre padre e hijo (humanos)

M: Siempre te odie porque jamás fuiste malo (le dice el padre a su hijo)... antes de ser bueno, tú me dijiste que es mejor ser bueno... me las pagarás (el hijo le pega al padre) Ten esto y esto (el padre le pega al hijo)... y esto.

T: ¿El hijo piensa que el papá siempre lo odió?

M: No, él siempre lo odió y el hijo lo sabía... porque a todos los demás... a sus hermanos, les decía... tomen hijos, dulces... y con él... padre te hice un rompecabezas que no podrías armar tú... ¡no me gusta eso! (el padre le pega al hijo), no me gusta nada de lo que tú haces.

T: No le gustaba nada de lo que él hacia pero yo creo que él hacía muchas cosas buenas.

M: Jamás te pareció cuando te salvé la vida, nadie te ayudó, ese fui yo, nadie más te ayudó y le diste crédito a mi hermano mayor y siempre quisiste a todos, me dejabas a mi encerrado como un prisionero, pero sabes qué, me liberaron los dinosaurios y esto es lo que te voy hacer (el hijo le pega al padre).

M: Le dolió un montón verlo sufrir..... no le dolió nada al papá verlo sufrir

M: Mamá también aprendió a ser mala pero a mí jamás se me quitará lo bueno.

T: Ese padre quería que hicieran lo que él quería y si no los corría

M: Aaaa aaa aaa, pufff... me vas a matar a puros puñetazos tú...si...jamás estuve complacido contigoooo, fuiste igual que tu madre, un bueno y yo odio a los buenos, así que esta vez te voy asesinar

T: ¿Qué tiene de malo ser bueno?

M: Que a mí no me gusta ser bueno... porque no me dejas simplemente, a mí ser bueno y tú ser malo... porque a mí me gusta que mis hijos sean como yo, no como su mamá, como su abuelo, como nadie más, más que yo....aaaaaa....pufff pufff.

T: Quiere que sean malos como él, pero el hijo tiene el derecho de hacer lo que él quiera y está decidiendo ser bueno, no como su papá.

M: No, pero él lo obliga, sus demás hijos sacaron todo lo de él, pero él menos..... aaaa.aaaaaa te voy a matar ahora si... alguien tiene un arma que me preste... tendré un escudo y una espada (dice el papá)... ahora si por si las dudas hijo... te voy hacer lo que te debí haber hecho hace años.... Pff pfff

T: Esta intentando matar a su propio hijo

M: Un padre no debe ser así (hace sonidos fuertes de rugido).

T: Esta muy enojado, lo está golpeando porque fue muy malo con él.

M: ¿Tú también quieres morirte? Voy a matar primero a mi hijo ah ah ah.... Grrrrrrr... le anda ayudando godzila... ah me duele mucho lo que tú estás haciendo conmigo... aaaa dudo mucho que pueda aguantar hasta que llegue una ambulancia, voy a intentar aguantar, vale godzila... si... esquivalo... (el padre le clava la espada al hijo)... ahhh aaaaa aaaa ahhhh...aaaaa aaauuuuu auuuuu (M grita muy fuerte)

M: Padre, eres un monstruo, jamás te perdonaré eso, que me hayas intentado matar eso si es malo, pero que hayas lastimado a un amigo mío, eso jamás te lo perdonaré, ven acá... puff puff...ah otra vez, porque te curaron... aguante todo eso y voy aguantar más... puff puff...aguante tú espada, ahora ten esto... compañero de batalla ya me curaron... al fin.. ando débil...a él no le va a pasar nada, ¿qué?... voy andar con él...me lastimaron muy feo.

M: el padre le dice al hijo - tú mamá era una débil como tú, sin orgullo, sin respeto... arrepíentete ... puffff puffff

T: Le dijo que su mamá era débil y eso le enoja

M: Te vas arrepentir, no me arrepentiré, tengo más hombres que tú..yo tengo dinosaurios de mi lado y cada vez que yo los llame serán más fuertes que tú... fiuu fiuu (llama a los dinosaurios).. dinosaurios a él... ven acá pequeño .. puffff... ya ves que soy bueno y no malo como tú... si tu papá va a estar orgulloso allá en el infierno cuando te mate.. eso crees.. si yo muero voy a pasar al cielo...aaa aaaa lo anda asfixiando... aaa aaaa aa

En esta sesión M muestra enojo hacia la figura paterna, deja ver un vínculo ambivalente pues por un lado el padre humano quiere matar a su hijo pero por otro lado se encuentra el papá rex que protege y cuida a sus hijos. Posiblemente M percibe que él no fue como su padre hubiese querido y debido a esa razón no está con él, puede ser que su abuelo, quien funge como figura paterna sea una persona autoritaria con él y con su madre, situación que le enoja mucho. M percibe que haga lo que haga no logra ser como sus padres quieren que sea, no logra el reconocimiento. M parece estar enojado ante las altas exigencias del abuelo, al respecto la madre refiere que en ocasiones le pide a M que lo ayude o lo manda a hacer cosas que a él no le gustan. Muestra miedo hacia la figura paterna, posiblemente relacionado con la culpa que la causa mantenerse junto a la madre y fungir el rol de esposo más que de hijo. Muestra enojo al no poder ser como sus primos y competir contra ellos, esto debido a la hidrocefalia. Enojo ante la ausencia de la figura paterna y posiblemente ante la idea de que su padre deseaba abortarlo, lo cual le ha dicho su madre directamente.

Sesión 24: M refiere que su papá (abuelo) es muy bueno pues le regalo un pants de México, el cual trae puesto, dice que le ha gustado mucho. A diferencia de las sesiones anteriores toma a los abuelitos, los dos se dicen lo mucho que se quieren y se besan, posteriormente Milhouse que tiene a los 20 primos, manda que los maten, le pregunto a M por qué, M no contesta sino hasta la tercera vez que le pregunto, responde “porque Milhouse y su tropa tenían que demostrar su poder”. Aunque parecía que los abuelos morirían, resulta ser que el abuelo es muy fuerte pues de joven él y su esposa formaban parte del ejército y eran de los mejores.

M muestra un vínculo ambivalente con el abuelo, pues al principio de la sesión refiere que éste es muy bueno, posteriormente dentro del juego ambos personajes mueren. Al respecto cabe señalar que M tiende a presenciar los conflictos entre los abuelos, así como entre su madre y estos, lo cual puede causarle tristeza y enojo; en ocasiones los abuelos son muy consentidores con M, pero en otras se desesperan con facilidad.

Muestra ciertos celos a la relación de pareja, se observa un complejo edípico no elaborado.

Sesión 26 y 27: M presenta un fuerte dolor de cabeza y la madre tiene que llevarlo al hospital, ésta refiere que se sentía muy ansiosa y le grita a M que está harta de él. Cuando M le dice a la abuela que le duele la cabeza, ésta le dice que seguramente es un pretexto para no ir a la escuela.

Durante el juego de esa sesión un personaje le pega a la abuela, diciendo: “Abuela inútil”, M refiere que le dice así pues lo aventó, posteriormente la abuela le dice a un niño que se haga a un lado, el niño contesta temeroso “Si abuela, lo que tú digas”. Después toma a Úrsula y dice “Tú bruja tonta te voy a matar”, simula que la abuela ataca a Úrsula. Después simula que la abuela dice “Y tú qué me ves tonto”. M toma a los árboles y simula que ellos atacan a los malos, yo digo “Oh esos árboles son muy fuertes”; M dice: “Oigan..aaaaa, mmmm... papá dinosaurio, oh no por favor no, tengo familia”, simula que el dinosaurio rex se come a los malos y también a Úrsula, quien dice “Oh no yo no!, te daré diarrea, mejor comete a mi hija”, la hija de Úrsula dice: “Madre, madre es imposible que me dejaras morir aquí... perdóname hija pero ahí estas mejor”. El dinosaurio ataca a la abuelita y un humano dice “no a mi abuelita no, no le hagas daño”, después la abuelita escapa y el humano dice “no abuelita, no me dejes, abuelita, abuelitaaaaaa, traidora”, le comento que por un lado quieren a la abuelita pero por otro lado parece que es traidora, M dice: “abuelita abuelita, nooo”, la abuela responde: “vale más mi vida que la tuya tonto”. Le digo, esa abuelita cómo es, M dice: “Ella solo se quiere salvar y no le importa ni el abuelito, solo su vida, es malvada, no le importa que maten al abuelito, solo le importa su vida... abuelita no me deje, me va a matar”. Posteriormente se escucha que alguien desde fuera dice “shhh”, M me pregunta: “Dijeron shhh”, le comento que sí, le explico que hay otras personas trabajando en los demás cubículos, por lo que tratemos de no gritar mucho, él dice que sí. M continúa: “no abuelita por favor no me deje yo soy tu mejor amigo”, la abuela responde “crees que si fuera tu mejor amiga te dejaría”, él dice “tú me cuidaste desde que nació y ahora me dejas”, ella le dice: “el contrato se acabó”, posteriormente llega el abuelo quien lo defiende de los dinosaurios, le comento que al parecer el abuelo no es tan malo, pues él no lo deja solo. El abuelo le pregunta al hombre qué le ha pasado, éste le explica que la abuela lo dejó y le dijo que no le importaba nada ni su marido solo su vida, no era como las abuelitas buenas y amables.

Se observa el enojo de M ante las agresiones de las figuras femeninas y cuidadoras (abuela y madre). M percibe que no es amado por dichas figuras. Percibe la incapacidad materna para cuidar de sus hijos, dicha incapacidad pone en riesgo de muerte a los hijos. Deja ver la relación ambivalente con la abuela, muestra tristeza y enojo ante las agresiones de dicha figura, percibe que ésta lo cuida solo por un contrato y no por

amor, percibe que es egoísta al igual que la figura materna, incapaces de ver las necesidades de M, parece ser que solo ven las propias. Es posible que M tenga conocimiento del aborto provocado de la abuela, puede percibir que dicha figura lo puede dejar morir o abandonar, puede existir angustia ante el aborto.

Sesión 30: Una vez adentro del cubículo le recuerdo que la sesión pasada me comentó que se había enojado con su mamá, M menciona que no se acuerda, le pregunto qué le enoja de su mamá, M refiere que a veces su mamá es agresiva pero después le pide disculpas así que no hay muchas cosas que le enojen de ella. M comenta que le da miedo hablarme de su papá pues su madre se molesta y no quiere que ella se entere, tampoco le gustaría llorar para que su madre no se preocupe; le digo a M que yo no le diré nada a su mamá de lo que hablamos pues este es su espacio y las cosas que hace o dice en él, solo las sabremos él y yo, si él quisiera comentarle a su mamá puede hacerlo pero yo no, también le aclaro que las ocasiones en que veo a su madre es para darle algunas recomendaciones pero no se le dice nada de lo que él hace.

Al igual que en sus relaciones, M muestra inseguridad en el espacio, tiene la fantasía de que será acusado con su madre a pesar de que en el encuadre se le dice que nada de lo que diga o haga se le dirá a su madre a menos que él lo requiera. M tiende a pensar que será traicionado por los otros, como lo relata en el juego de sesiones anteriores. Algo importante es que expresa de forma directa sus miedos con respecto a su madre.

- **Funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.**

A continuación se ejemplifican las fallas en las funciones maternas:

Sesión 14 y 15: Se le pregunta cuál considera como su principal dificultad, M dibuja un niño triste, dice que no le gusta estar ni jugar solo, le gusta estar acompañado, cuando juega con sus primos se pone feliz (dibuja una cara feliz), se le pregunta cuantas veces a la semana está solo, menciona que todos los días se encuentra solo por las tardes pues su madre se va a trabajar. Una vez terminada la actividad M toma a los muñecos y dinosaurios, repite el juego de las sesiones pasadas, donde los hombres atacan a los dinosaurios. Al final de la sesión dice: “estos se van a retirar, ya no pelearán, comprenden que la venganza no es buena y se van a disfrutar la vida, se encuentran a una mujer y tienen hijos, son felices con su familia, en ese hogar hay armonía “sic.

En la sesión 15, se le pide a M una historia del problema, él dice “Era un niño que cuando no juega con sus primos o está solo llega la tristeza pero entonces él creó a un amigo con la ciencia y se va la tristeza, cuando yo estoy solo juego con las plantas o mis juguetes, trato de olvidar que estoy solo”

Se observa la dificultad de la madre para cumplir con la función del holding, al respecto Winnicott (1960a) refiere que ésta incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche y sigue los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura; cambios físicos como psicológicos. La madre de M no responde a la necesidad de M de sentirse acompañado, parece ser que ningún adulto satisface dicha necesidad, quienes la satisfacen en cierto modo son sus pares u objetos

inanimados. M deja ver ciertos sentimientos de tristeza al sentirse solo, no percibe el sostenimiento de alguna figura parental. Al final de la sesión M deja ver su deseo de tener una familia donde predomine la armonía y no las peleas, como suele ser en su familia, parece ser que el ambiente de M no favorece la contención de sus emociones.

Sesión 16: Es importante mencionar que M llega con un piquete, no sabe qué le picó pero tiene su dedo notablemente rojo y su mano muy hinchada, dice que le pasó desde el viernes, su mamá lo llevó con una vecina para que le extirpara el posible veneno del insecto que le picó, pero no lo ha llevado al doctor, él expresa que no tiene ningún dolor.

Durante la sesión, al ejemplificar una escena de pelea, donde a uno le cortan la cabeza, M me pide que cierre los ojos pues pasará algo muy violento, yo los cierro y posteriormente le preguntó si a él le dio miedo, M dice que sí pero él es quien está manejando a los muñecos. Le hago ver que él puede cerrar los ojos o taparlos al darle miedo el evento, yo soy diferente a él y hay cosas diferentes que me dan miedo.

Se observa la dificultad de los cuidadores para cumplir con la función del handling, donde se requiere proporcionar al niño un grado razonable de adaptación a sus necesidades para el temprano establecimiento de una firme relación psique y soma, es decir a la elaboración imaginativa de las zonas, sentimientos y funciones del cuerpo, construyendo así una experiencia sentida e imaginada de estar físicamente vivo. En esta sesión se puede observar que el dedo de M presenta una condición muy desfavorable y ante ello, él dice no sentir dolor, pareciera que escinde su cuerpo físico de las sensaciones, esto relacionado con su incapacidad para reconocerse, al no ser reconocido por otros cuando sus necesidades básicas no son satisfechas. M muestra dificultad para diferenciarse del otro, dejando ver su incapacidad para establecer relaciones objetales, esto debido a que la madre no cumple con la función de presentación del objeto., donde se pone en juego el proceso de ilusión y desilusión del objeto. M me pide que cierre los ojos pues él siente miedo, pareciera me percibe como una extensión de sí mismo.

Sesión 17

M: murió primero el primo pero a nadie le importó.....

M: ellos eran malos y siempre morían en muertes trágicas desde las primeras sesiones. No sabían, para no ver las cosas preferían matarse en lugar de enfrentar su miedo.

M: Ellos jamás van a tener valor. A este primo también...le pasará algo trágico. Algo bueno jamás lo han tenido, jamás lo tendrán. Mmm ya vino todo mi ejército. Cuánto me falta para matar... puede ordenar que matemos y matáremos cuanto antes (hace sonidos de dinosaurio y ataque)

M: ... Si les dices bestias se enojan mucho y también actúan como bestias porque después de todo si lo son. Aaa ayúdame aaaaa Aaaaaaaaaa.....No no me dejes caer

M: ... no va a ser feliz si no encuentra la cura para tanto rencor, ya se volvieron ellos buenos, ellos van a vivir mucho mientras que el primo malvado nada, el primo nada si sigue siendo malvado, bueno también puede ayudar un grado de violencia a defenderte y afrontar tus temores, yo a veces cuando tengo miedo me enojo para que no me dé miedo, pienso en que los ando destruyendo a los fantasmas, a los monstruos

M: No me gusta que mamá me deje solo porque cuando me deja solo, ahí me agarra la gana y también me da miedo la acción, como se caían, como morían

El fragmento anteriormente presentado ejemplifica el concepto de reviere que propone Bion (1980), éste coincide con la función del holding a una capacidad de la madre de contención de las angustias del bebé y en relación de esta capacidad con la génesis del pensamiento. Bion (1980) menciona que la madre es quien funciona como un continente de todas las sensaciones del lactante (contenido), de tal forma que con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, devolviéndolos así descargados de angustia de una forma más apropiada en que sí pueden ser toleradas y recabadas por el niño. M se percibe como no importante, su necesidad de ser reconocido no ha sido satisfecha por ninguno de sus cuidadores, se observa el miedo a sus propios impulsos al no tener un adulto que lo contenga, pues cuando M se enoja la madre se coloca como otra niña, discute con él y le da pocas explicaciones. M se percibe como una persona débil, incapaz de afrontar sus miedos.

Sesión 18

T: ¿Te ayudo?

M: Ya cayó

T: Tú me puedes pedir ayuda si quieres

M: ¿Eh?

T: Cuando quieras ayuda me puedes pedir ayuda

M: Pues sí, pero ellos prefieren morir así

T: ¿Cómo?

M: Prefieren morir que pedir ayuda, porque por ejemplo vea, le piden ayuda, éste por ejemplo se lo andan jalando, ayúdame..... ya voy... que... ya voy... no ten cuidado (atacan a quien intentaba ayudar, un dinosaurio lo ataca por detrás)... nooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

T: Prefirió morir que pedir ayuda, ah pero yo me refería a ti porque como vi que querías sacar el muñeco y no podías, por eso te dije que si querías ayuda me podrías decir

M: ¡Ah!

M: Tiene muy poquita vida.. Él la quiere ayudar.. no te puedo socorrer.. ve a ver si hay alguien libre... y entonces él ya te puede socorrar o ayudar

M: Estoy peleando duro.. no puedo.. el primo ya andaba peleando aquí, entreteniéndolos

Yo estoy libre, te voy a ayudar, ven acá rápido

(puff aaa aa aaaa)

T: Mmm acabo con tres al mismo tiempo

M: Ven acá dame la mano rápido, vente vente, no vas aguantar mucho, te tendré que curar aquí, vengan rápido (ataque)

T: Mmm pasó como dijiste lo intento ayudar y murió

(hace como si le faltara la respiración)

M: Ven acá, ven acá rápido, ya tengo aquí

T: ¿Y siempre pasa eso, los que intentan ayudar mueren?

M: Si. Por ejemplo la primera sesión, no vio que intentó ayudar a alguien, los que intentan ayudar mueren, si él intenta ayudarlo muere, como por ejemplo intentaron ayudar al primo a ver las cosas buenas, pero él intento ver las cosas malas

M percibe que los otros son incapaces de sostenerlo, de cumplir sus necesidades y de ayudarlos; cuando alguien logra hacerlo desaparece (muere). Posiblemente M considere que no existe persona adulta que pueda ayudarlo a tolerar su sufrimiento y manejar sus emociones. Esto puede relacionarse con su introyección del objeto malo y miedo a destruir al objeto que percibe como bueno. Cabe señalar que M llega a comentar que todo lo que toca, llega a destruirlo. Lo antes mencionado se relaciona con la incapacidad de la madre para reconocerlo y satisfacer sus necesidades. Con respecto a la figura paterna, es posible que tenga conocimiento del suicidio del éste y perciba que su padre prefirió morir a pedir ayuda.

Sesión 21. En esta sesión se recuerda que habrá periodo de vacaciones. Al final M dice:

M: Y voy a venir muchos días ¿verdad?

T: Mira aquí está el calendario, hoy estamos a 29 de julio, pasará jueves viernes sábado y domingo, después pasarán tres semanas y te veo el 27 de julio.

M: Todavía no voy a entrar a clases

T: No, aquí entramos antes de que entren los niños a la escuela. Y yo no te voy abandonar M, tú mamá tiene mi teléfono y cualquier emergencia me pueden llamar.

M: Pero cuál es su teléfono

T: (Le doy mi teléfono).

M: Usted es una, es una ¿qué?

T: Soy una psicóloga

M: ah y voy a seguir viniendo muchas veces

T: Sí

M: Hasta que cumpla 11 años, ya me faltan solo dos años aquí, no mejor hasta que cumpla 14 años.

T: A ti te gustaría estar mucho tiempo aquí

M: Es que yo no quiero ... es que aquí me divierto y yo no lo quiero dejar. A lo mejor mi papá ya está afuera

T: Dijeron que vendrían

M: Sí, pero a veces dicen y no vienen y me siento mal, puede ser que si o puede ser que no

T: A veces te dicen unas cosas y hacen otras, pero aquí no pasará lo mismo, tú regresarás el 27 de julio y si no puede traerte tu mamá o pasa algo, yo te hablaré por teléfono para que regreses.

M deja ver su necesidad de permanecer en un lugar donde se siente seguro, muestra su miedo a que dicho lugar desaparezca, miedo al abandono. Deja ver que sus figuras parentales no cumplen con la función del holding al no satisfacer sus necesidades y confundirlo, en ocasiones le dicen que actuarán de cierta forma y no lo hacen. M posiblemente piense que sucederá lo mismo en el espacio, sin embargo se le aclara que esto no sucederá.

Sesión 23. M: “una persona promedio no puede soportar tantos golpes de león, él soporto como 20, por ejemplo yo no podría soportar tanto, solo como 10”.

Le comento que él ha soportado otras cosas, inmediatamente M dice: “sí como por ejemplo la caída”, le digo que también cuando se perdió, M dice que sus abuelos le pegaron cuando él se salió de la casa a buscar a su mamá y ésta le preguntó con quien venía y él dijo que solo, menciona que tenía como dos años y que se le hizo raro que toda la gente se quito al verlo y lo dejaban pasar.

Durante el juego M toma una de los personajes y dice: “ Yo tendré el altavoz, cuando pida un médico quiero que me rescaten, él va a ser el líder”,

Uno de los personajes le dice al otro que es débil, el personaje ofendido comienza a pegarle fuerte al otro, le comento que parece le está demostrando que no es débil, M dice: “Yo no soy débil, yo no soy débil”, mientras dice esto simula que el personaje le pega al otro con fuerza, le menciono que le enoja mucho que le digan débil.

M comienza a apropiarse del espacio donde pueden ser satisfechas algunas de las funciones maternas fallidas. M deja ver su enojo ante las agresiones de sus figuras parentales, habla de una caída, parece ser que M percibe “lo han dejado caer” en constantes ocasiones, es decir que no se siente acompañado y posiblemente amado. Cuando se le reconoce a M su esfuerzo y fortaleza al aguantar varios golpes que le ha dado la vida, M comienza a jugar que hay personajes fuertes y se defienden. Cabe señalar que la madre de M, comenta que su hijo tiende a dejarse golpear por sus compañeros, ella lo regaña diciéndole que es débil y se aparte de ellos.

Sesión 25: Llega M acompañado de su madre, quien comenta que el lunes lo llevó al hospital de Legaria pues le dolía la cabeza, le mandaron medicamento pues se le inflamaron los ventrículos. Antes de que la madre comentará esto, M dice “no mamá, no le digas, yo le quiero decir, hay mamá me quitaste las palabras” sic.

Al entrar al cubículo le pregunto a M si él me quería dar la noticia, dice que sí, le preguntó cómo se siente al respecto, M dice que le dolía mucho la cabeza y su abuela pensó que lo decía para no ir a la escuela, pero después su mamá lo llevó al hospital, M dice “ me daba miedo, me daba miedo, es que no se que se sienta morir”, le hago ver a M que la hidrocefalia se puede controlar y no se va a morir, podrá tener la oportunidad de vivir muchos años. (Esto se le dice conociendo las condiciones de su enfermedad al hablar con la neuropsicóloga que lo atiende)

M me pide que vayamos al mueble por los juguetes, así lo hacemos y elige los mismo juguetes de las otras sesiones (dinosaurios y caja de muñecos lego, star wars). M saca los muñecos de star wars trata de desamarrar la bolsa, le pregunto si desea ayuda, M dice: “Si no lo logro me puede ayudar, ah ya lo logre”, le reconozco su esfuerzo y logro.

M deja ver su necesidad de hablar lo sucedido por sí mismo y no por su madre, parece existir dificultad de la madre en la función del handing, es decir el establecimiento de una firme relación entre el psique soma, donde se requiere que la madre le ayude a diferenciar “lo que hay dentro de mí es yo y lo que está fuera de mí no es yo”. M muestra la necesidad de diferenciarse del otro.

Cabe señalar que después de la sesión se habla con la madre, quién comenta que cuando M le reportó el dolor de cabeza y se sintió desesperada, le dijo “ya me tienes harta” “no estoy orgullosa de ti”. Refiere que M le gritó que no le gustaba tenerla de mamá y hubiese preferido que lo abortara, ella se enoja y no le hace caso, posteriormente M le pide disculpas, la madre le dice. “no que no querías que yo fuera tu madre”, M dice que no es cierto y que lo perdone, la madre accede. Se le hace ver a la madre que M se encuentra expresando sus emociones, aunque aún no sabe cómo controlarlas por lo que es necesario que se le ayude a regularlas.

Durante la sesión M toma a uno de los personajes y dice: “he vivido demasiado como para que una tonta me hiera- ah si!!, a ¿quien le dices tonta?- quieres morir” le comento que al parecer Úrsula ha herido mucho a Tarzán. Llama la atención que M hable del aborto, al respecto la madre refiere que M le llegó a preguntar qué es el aborto y ella le explica, no especifica aquello que le dice; es importante recordar que la madre le ha llegado a decir que su padre deseaba abortarlo.

En la siguientes dos sesiones M deja ver el enojo hacia la abuela, quien no le creyó sobre el dolor de cabeza. M juega a que la abuela es una traidora, al final mata a la abuela. También juega a que los niños son atacados repentinamente por el equipo malo (humanos adultos), no saben por dónde los atacarán.

M deja ver su enojo ante la incapacidad de su madre para reconocerlo, trata de defenderse y la agrede; la madre responde de igual forma con agresión, posteriormente es M quien debe contenerse por sí solo y pedirle disculpas a su madre. Lo anterior muestra nuevamente la incapacidad de la madre para contener a M, actúa nuevamente como una niña peleando con otro niño. Se muestra la incapacidad de las figuras parentales (madre y abuela) para atender las necesidades de M, ante su enfermedad (hidrocefalia). M juega a que los

niños y otros personajes son atacados repentinamente, posiblemente eso le pase con sus figuras parentales, no sabe en qué momento le dirán o harán algo que lo hiera.

Sesión 30: Posteriormente M juega con los niños, refiere que están armados, un niño malo pelea con un niño bueno, le dice que él jamás se unirá al equipo de los buenos, le comento a M que todos tenemos una parte buena y una mala, me pregunta si yo tengo una parte mala, le comento que sí pues a veces me enoja, M refiere que él a veces siente mucha furia pero no la controla, le menciono que cuando yo estoy muy enojada trato de respirar profundamente para tranquilizarme o pegarle a la almohada, M dice que cuando él se enoja hace como un búfalo, sus primos saben que está enojado y se echan a correr, a él le da risa ver a sus primos haciendo esto. Le menciono que toda la gente se enoja y no por eso significa que sea mala.

En esta sesión los niños son ayudados por la guerrera y un soldado.

M idealiza a la figura materna, transferida hacia la terapeuta, percibe que ella es únicamente buena, cabe señalar que en otras de las sesiones anteriores le pregunta a la terapeuta por qué ya no hay personas buenas como ella. Se le hace ver a M que la terapeuta no es totalmente buena y al igual que todos tiene errores y llega a enojarse, esto con la finalidad de que M integre los objetos, pues para ello es necesario el proceso de ilusión desilusión. A diferencia de otras sesiones donde los niños no podrían ser ayudados o rescatados por otros, M comienza a aceptar dicha ayuda.

Sesión 31: M toma al león quien comienza a pegarle a doña Florinda diciéndole que es una tonta, yo tomo a la jirafa, M comienza a pegarle a la jirafa, le pregunto qué ha hecho la jirafa, M dice: “nada, no hizo nada, solo quise pegarle”, después aparece el perro y comienza a pelear con el león, M refiere que pelean porque son enemigos. Le comento a M que en ocasiones quisiéramos decirle a mamá lo que el león le dijo a Doña Florinda, en especial cuando nos dicen cosas feas, M recuerda que su mamá le dijo que no estaba orgulloso de él, esto le entristeció, le comento que posiblemente también pudo sentir enojo, M dice “me molesta que no me valoren, me entristece, yo me esfuerzo, esfuerzo y esfuerzo y no me sale”, le comento que yo estoy orgullosa de él pues dentro de este espacio ha compartido cosas dolorosas y no todos los niños se atreven a eso, además él es muy creativo.

Más adelante durante la sesión M dice “perro, perro (dirigiéndose al perro que yo tengo) cuida mi arma”, así lo hace el perro mientras el niño pelea con el adulto, una vez terminada la pelea donde el niño gana, M dice “perro, perro mi arma”, yo se la doy.

M habla directamente del enojo que le produce las ofensas de su madre, percibe que no logra complacerla a pesar de los esfuerzos que haga. Ante su necesidad de reconocimiento la terapeuta le reconoce algunas de sus habilidades. Posteriormente M incluye en el juego a la terapeuta para que cuide su “arma”, dejando ver su necesidad de constancia y protección, cabe señalar que durante las sesiones M coloca las armas a los niños,

mencionando que es algo muy valioso para ellos con lo que se pueden defender. M refleja su necesidad de defenderse al percibir un ambiente hostil y amenazante.

- **Criterios de duelo patológico**

Sesión 15: En esta sesión M comenta “Ahora algunos morirán muy feo y otros no, ¡ah!, hasta creo que me va a dar miedo a mí”, se le pregunta qué es lo que le daría miedo, contesta “que los maten, yo me tapo los ojos o me agarro la cabeza cuando alguien intenta matar a otra persona, a veces las personas miran a todas direcciones menos hacia arriba qué es por donde los atacan” sic, se le hace ver que posiblemente eso lo vio en las películas ya que recuerdo que él ha mencionado en sesiones anteriores que le daban miedo las películas de terror donde hay muertos, M contesta “También lo he visto en la vida real” sic, se le pregunta cuándo ha visto que alguien intente matar a otro y él se tape los ojos, M dice que nunca ha visto eso.

Más adelante M dice: “... en realidad quieren pelear y ahora van a morir por eso, esta vez todos van a morir, ninguno se irá con su familia”.

Se observa pensamientos recurrentes de muerte, relacionados con la pérdida, que le generan malestar, tiene pesadillas sobre la muerte, parece que en ocasiones imagina despierto que matan a personas. Posibles fallas en la represión. Es importante notar que conforme avanzan las sesiones, va cambiando su discurso de “prefieren matarse a pedir ayuda” a “matan a los personajes”, (lo matan, no se mata) posiblemente M comienza a perdonar a la imagen paterna por haberse suicidado.

Sesión 16 : En esta sesión M me dice que su abuela paterna le dijo que su tío paterno había muerto asesinado y después su papá se deprimió y por eso murió, le da tristeza no haber podido hacer algo, se le comenta que él era un bebé y no podía hacer nada.

Durante el juego M dice que en esta ocasión también habrá muertes violentas, uno de los humanos es asesinado por los dinosaurios y solo quedan sus huesos, cuando otro de los humanos observa el cadáver se sorprende demasiado y empieza a temblar ... uno de los humanos murió al ser sorprendido por detrás y le quebraron la cabeza, comenta que los humanos no serían atacados por los dinosaurios si no quisieran apoderarse de sus tierras.

Se observa anhelo por la persona perdida, así como auto reproches conscientes y persistencia de culpar o culparse. M deja ver su tristeza al percibir que no fue lo suficientemente “bueno” para evitar que su padre muriera. En su juego muestra cierto enojo ante la pérdida, así como miedo a su propia muerte y al castigo, esto último relacionado con un complejo edípico no solucionado, al no tener la figura paterna cuya función es la prohibición.

Sesión 17

Terapeuta: ¿Qué pasa cuando la gente se muere?

M: Pues se va al cielo, la buena, la mala hasta abajo

Terapeuta: ¿Qué piensas que hay en el cielo?

M: Miles de cosas buenas

Terapeuta: ¿Y abajo?

M: Cosas malas, el diablo que por cierto no me gusta nada, ni mencionar su nombre

Terapeuta: ¿La gente que se muere puede regresar?

M: No... Cuando me muera estaré en un mejor lugar

M deja ver su deseo de reunirse con la persona perdida, anhelo a estar con ella. Idealiza la muerte, dejando ver su percepción de que cuando muera estará en un mejor lugar, esto posiblemente relacionado con su percepción de desarrollarse en un ambiente hostil y peligroso.

Terapeuta: ¿Qué te da miedo?

M: las partes violentas no me gustan porque cuando veo muertos, no quiero ver, quiero estar con mi mamita así ya agarro valor, por ejemplo el programa de ... me dio mucho miedo....Y la de según qué murió ricitos de oro, me dio miedo que cuando terminaron no me gusta ver la sangre ni nada, mamá no nos deja jugar mucho de noche y eso me alivia porque si viera los muertos de noche me daría miedo

Terapeuta: Pero no podemos ver a los muertos de noche porque como dijiste, ellos no están aquí

M: si los puedo ver, el cadáver

Terapeuta: ¿puedes ver el cadáver? pero el cadáver de los muertos está enterrado

M: pero en la noche cuando todavía no los encuentran, y como mi prima Andy dijo que su primo lo enterraron y apenas era recién nacido, lo vimos y tenía miedo, tenía arena pero aún así me dio miedo

Terapeuta: ¿lo viste?

M: no, pero me dio miedo la tumba, me daba miedo caerme ahí o que me jalaran como en las películas

Terapeuta: eso no pasará, tú estás protegido, tienes a tú abuelito, abuelita, mamá etc.

M: nadie puede, hasta ya vi la de.. me dio miedo, contra los monstruos nadie puede, si existieran nadie podría aún, porque tienen fuerzas sobre naturales

Terapeuta: pero no existen

M: pero los personajes si son ciertos, existen, son humanos

Terapeuta: los actores que toman el papel de monstruos son humanos disfrazados, no hacen daño.

M: no me gusta ver las cabezas, ni nada feo

Terapeuta: a la mejor te puede dar miedo otra cosa como ...

M: No quiero morir joven, ya no vería a mis primos, ni a mi hermanita ni a mi mamá, yo quiero vivir para tantas cosas

M deja ver su miedo recurrente a morir, dicho miedo se acrecienta cuando ve películas de terror donde aparecen muertos, parece existir cierta confusión en M sobre lo que sucede con el cuerpo de las personas que mueren, deja ver su necesidad por conocer qué sucede cuando una persona muere. Parece que M llega a sentirse culpable, lo cual lo lleva a tener ciertos delirios de persecución.

Sesión 19

M: ¿Dónde están los dinosaurios y los muñequitos de star wars? Jamás he jugado sin ellos

M dice en voz alta: Marty, Alex

T: ¿Qué estás diciendo M?

M: Ah es que ando recordando es que mi papá me compró la película de Madagascar y es que Anita y a mí nos dio gracia cuando Marti y Alex se encuentran.

M: Si. ... (Hace sonidos de dinosaurio)... Aquí estarán ellos cuatro escondidos (Se refiere a los hermanos adultos del rex), los voy a ser ganar y mucho más pronto para que puedas hacer una celebración, vale... si, bravo. Ya vamos. Si muero yo quiero que le digas a mi padre que morí siendo bueno y no malo.

Se observa el miedo recurrente de M ante la pérdida, muestra angustia cuando no encuentra los muñequitos con quien siempre ha jugado. Posteriormente recuerda una película donde hay un re-encuentro, dicha película se la regala su abuelo a quien le dice papá. M deja ver su necesidad de tener una figura paterna que se sienta orgulloso de él, por un lado parece anhelar la muerte para re-encontrarse con la persona pérdida, pero por otro lado muestra miedo a la muerte, como lo refleja en sesiones anteriores.

Sesión 23: Posteriormente comienza la pelea, Plantón le dice a sus compañeros que quizá él muera pero morirá con honor, sus compañeros le juran que si muere morirá con honor, le pregunto si Plantón quería morirse, M dice que no, le pregunto qué pasará con Plantón si muere, M dice que después volverá a vivir, le pregunto a M si él cree que en la vida real el espíritu de la gente que muere regresa, por ejemplo en el caso de su papá, M dice: “¿A reencarnar?, creo que si mi papá se vuelve zombii y viene, vendría a decirme que me quiere porque matarme no, sería injusto eso con su propio hijo”, le comento a M que en la vida real la gente que se muere ya no regresa pues si no fuera así estaríamos llenos de espíritus en la tierra y eso no sucede, M dice: “Yo creo que si porque....” (permanece callado), le pregunto qué le ha dicho su mamá, M dice que su mamá no le ha dicho nada, posteriormente se dirige a los juguetes y dice que a uno de los muñecos de star wars le falta un casco, lo encuentra y se lo pone.

Al final de la sesión, dentro de su juego, dice: “No no te vayas, ven aquí... nos vemos tonto, son unos cobardes, si varios huimos pero algunos fueron cobardes que si murieron, los que no eran cobardes vivieron..., no no me lleven... nooo”.

Me parece que M aún no comprende el concepto de muerte, posiblemente piensa que los espíritus de los muertos pueden regresar. Es curioso que mencione que su papá no lo mataría pues eso sería injusto, pienso

que M ha llegado a pensar que una figura paterna lo puede eliminar o castigar por alguna situación, sentimientos de culpabilidad y dificultad en la solución del Edipo. M menciona casi al final que los cobardes mueren, posiblemente esto se relacione con las fantasías que tiene con respecto a la muerte de su padre, le han dicho que su papá murió por una enfermedad llamada depresión, posiblemente M ya sospecha que su padre se suicidó. Se observa que el ambiente no ha favorecido la elaboración del duelo, al no existir explicaciones claras, de parte de los adultos, sobre la muerte de su padre.

Sesión 29: M me dice que la mayoría de las veces ha perdido a sus perros, le digo que los perros viven aproximadamente 15 años, M dice que su perro Jairo murió de una forma muy fea, se cayó del barranco, estaba en el terreno de su abuelo que visitaban ocasionalmente, un día llegó y vio que su perro había caído en el barranco y esto le dio mucha tristeza, le comento que todas las pérdidas nos producen tristeza, M dice: “si, es muy triste cuando pierdes a los que quieres, animales o personas, yo a veces pienso que mi papi puede regresar, quisiera que regresara”, le comento que aunque su papá no regresará, posiblemente se sentiría orgulloso al ver como él tiene muchos logros y es feliz en esta vida. M dice: “es que yo lo necesito, yo le digo papá a mi abuelo y él es muy bueno pero yo necesito a mi papá”.

M habla directamente de las pérdidas de sus seres queridos, tales como mascotas y principalmente la pérdida de su padre, expresa sus deseos de re encontrarse con su padre. Posiblemente fantasee que su padre murió de la misma forma que su perro Jairo, parece que ante la incertidumbre de los acontecimientos sobre la muerte de su padre, M llega a tener muchas fantasías. M habla de la necesidad que siente por estar con su padre, necesidad de una figura paterna, aunque su abuelo la asume, parece no satisfacerle.

C) FASE DE INTERVENCIÓN INTERMEDIA

- **Vínculo con sus cuidadores principales.**

Sesión 32: Una vez dentro del cubículo, comienza a sacar a los personajes de la caja y se sienta en una de las sillas, me pide que traiga a los dinosaurios, refiere que el emperador calavera ha sido arrestado pues le ha fallado a su amo, yo le comento que hoy la historia ha comenzado con el emperador calavera quien ha sido arrestado y le pregunto el motivo de esto, M dice que le ha fallado a su amo pues sus primos no han matado a muchos del otro bando, yo le comento que eso parece ser injusto pues él no tiene la culpa de cómo reaccionen sus primos.

La calavera está a punto de ser llevada a la cárcel, sin embargo el amo Milhouse le da una oportunidad diciéndole “No me falles”, la calavera dice “Ah que bueno, ahora confías en mí”, Milhouse responde diciendo: “No confié en ti pero te daré otra oportunidad”. La calavera pelea con el perro y lo hiere, Milhouse dice “al menos lo heriste”, posteriormente aparece papá rex para defender al perro, la calavera comienza a pegarle al rex, diciendo “maldito papá rex, maldito papá rex”, el rex termina por comerse a la calavera; M deja de lado al

rex y la calavera, toma a los perros quien defienden al perro herido, Tarzán los ataca, M dice “puto déjame” “Puto serpiente déjame”, le pregunto qué le ha hecho la serpiente, M dice que le ha quitado su taparrabos *Se observa un vínculo conflictivo, donde M se siente culpable por no cumplir con la demanda de la figura paterna, percibe que le ha fallado y debe obtener un castigo severo debido a esto (superyó severo). M deja ver que en el vínculo con la figura paterna no hay confianza. También muestra enojo con la figura femenina (serpiente) quién en ocasiones no lo deja ser él mismo y lo percibe como una extensión de él, al respecto la madre refiere que duerme con su hijo pues disfruta mucho de ese momento al considerar que solo en dicho momento pueden estar tranquilos, juntos y sin agredirlo, se le aclara a la madre la importancia de que M duerma solo. M muestra necesidad de independencia y enojo hacia la madre quién se muestra dependiente.*

M toma a un personaje bueno que antes era malo pero se pasó al equipo de los dinosaurios (buenos), dicho personaje le dice a Tarzán que le dará un taparrabos, así lo hace, pero después lo mata, menciona que le dijo que le daría un taparrabos pero nunca le dijo que no lo mataría. El mismo personaje llama a Doña Florinda y le pregunta si quiere estar con el profesor Jirafales, ella dice que sí, se voltea y en ese momento él la mata. Le comento a M que al parecer la ha engañado.

M refleja el vínculo con su madre a través del juego, donde por momentos ella le pregunta lo que desea pero no se lo cumple y por el contrario lo lastima. En repetidas ocasiones la madre de M pierde el control y lo golpea, además de decirle cosas muy hirientes, en otros momentos le dice que lo ama y es muy cariñosa con él; lo antes mencionado parece confundir a M, por momentos se observa un apego ansioso y en otros llega a ser desorganizado.

Sesión 33: M falta una sesión anterior a ésta. Después de hablar de cómo le fue en la semana, M toma una pistola de juguete, me apunta y simula que me dispara. Posteriormente le pregunto si sabe por qué no asistió la ocasión pasada, M dice que fue porque yo tenía una congreso, le digo que eso fue hace tres sesiones, la vez pasada yo lo estuve esperando pero su madre me habló para avisarme que no vendría, M me pregunta por qué, yo le digo que su madre no pudo traerlo por alguna razón y que él puede preguntarle a ella; le recuerdo que nosotros nos vemos todos los miércoles a las 12:30pm y en caso de que no haya sesión se le avisará pero que también él puede preguntar.

M toma a los star wars y les va poniendo los cascos, dice “un momento ¿y mi casco?, ah aquí esta, lo extrañaba”, le comento que yo también lo extraña la sesión pasada, M dice “es que la verdad a mí también me gusta jugar, luego en la escuela me hago muchas muchas muchas muchas bolas y yo digo ah ya quiero que sea miércoles ya quiero que sea miércoles, cuando es miércoles vengo; me levanto, desayuno y ya mi mamá dijo que esta vez... que es la última vez que llegaremos tarde.. Estemos arreglados o no, llegaremos”. Posteriormente M observa que estén todos los muñecos de star wars, falta uno y me pregunta por él, yo le digo donde podría encontrarlo, lo busca y al encontrarlo refleja alegría.

Se observa que ante la separación muestra enojo, reflejando un tipo de apego inseguro desorganizado pues durante la sesión no mantiene contacto conmigo, por momentos si lo hace pero muestra cierto enojo, ignorando lo que digo, en ocasiones tartamudea y muestra un lenguaje desorganizado. Se observa temor a perder a las figuras significativas para él.

En esta sesión M da nombre a los personajes, a la niña la nombra Anita y al niño Dany.

M se refleja con los personajes, quienes anteriormente no tenían nombre, decide ponerle al niño Dany, cabe recordar que su padre fallecido se llama D. M deja ver su necesidad de identificarse con una figura masculina fuerte y bondadosa, durante el juego el personaje Dany es muy poderoso, pelea con fuerza y está en el equipo de los buenos. Posiblemente M esperaba que yo lo agrediera o respondiera de igual forma que su madre, al observar que no es así se siente seguro y comienza a reconocerse así mismo.

Sesión 35: Uno de los malos le dice a la niña que lo rescate del dinosaurio y se volverá bueno, así lo hace pero el hombre la engaña y cuando la rescata la golpea; posteriormente otro hombre le pide que lo salve y se volverá a su equipo, la niña le pregunta al tirodácilo qué le recomienda hacer, éste le dice que no haga caso, el hombre insiste, la niña nuevamente le pregunta qué hacer al tirodácilo, éste le dice que si el hombre cumplirá su promesa lo salve, la niña lo salva, el hombre se dirige hacia Florinda (del equipo malo) y la ataca, M dice “él si le cumplió su promesa, no la engaño”; le comento que al parecer hay personas que no traicionan y si cumplen sus promesas, ese hombre se cambia al equipo de los buenos.

M comienza a cambiar su percepción generalizada en cuanto a la desconfianza y maltrato de los otros, comienza a darse cuenta que existen personas que no lo engañan ni lo maltratan, en quien puede confiar, parece ser que va encontrando un vínculo seguro que le suministra seguridad y confianza, esto puede relacionarse con el espacio terapéutico.

Sesión 36 y 37: Le recuerdo que ésta es la penúltima sesión y le confirmo que regresamos en Enero. Cabe mencionar que una sesión anterior su madre no lo trajo, pues al parecer a ésta última se le olvida traerlo.

Durante la sesión M no hace caso a mis comentarios y hace rugidos fuertes durante su juego.

Le comento a M que a diferencia de las sesiones pasadas donde jugamos los dos, en esta ocasión parece que él juega solo, le pregunto si tendrá que ver con que faltó la sesión pasada, M no hace caso al comentario.

Después M se da cuenta que los star wars no están y dice “maldita sea, comencé la historia sin los star wars”, al salir por ellos M azota la puerta, le menciono que al parecer eso le enoja, M dice “me molesta que se me olvidaran” le comento que afortunadamente se acordó.

Al finalizar la sesión, le menciono que debemos guardar los juguetes M dice “ya casi, espera, un ratito”, lo dice tiernamente tratando de manipular, le comento que hay que seguir las reglas y debe guardar las cosas, no lo hace, sigue jugando hasta que yo tomo las cosas y salimos., le digo que sé quiere seguir jugando pero es hora de irnos, podremos continuar la siguiente vez.

En la sesión 37 al entrar al cubículo le doy su calendario, explicándole que nos veremos el 11 de enero del 2012 y tendremos tres semanas de vacaciones, él dice con una voz infantilizada “tres semanas, ah tres semanas, me dejaron mucha tarea para tres semanas”, le pregunto quién, responde que las psicólogas de neuropsicología.

Durante su juego pelean entre buenos y malos, un niño ataca a la abuela, le dice “perdóname abuela pero eres mala, sino sentiría pena por ti”. Refiere que el hermano gemelo de Homero también lucha y muere, posteriormente M dice “ya vete al infierno abuela, porque ya me comenzaste a fastidiar”.

Más adelante toma a uno de los niños quien dice: “hermano no me dejes, no me abandones, hermano eres un tonto, te mataré”. Le menciono que al parecer por un lado le pone triste que su hermano se vaya pero por otro lado le enoja, M dice “hermano, espera es que yo me fui para detener a papá rex pero no te voy abandonar, no te voy abandonar jamás”.

Al final los buenos ganan, pero quedan algunos malos y dicen que se reagruparan sus tropas. M comienza a guardar los juguetes, mientras lo hace dice “ganaron la batalla de hoy pero no la guerra... ellos salen vencedores en lo que se reagrupan las tropas del primo Milhouse... hasta que regrese yo, se va a reagrupar”. Le comento que yo lo estaré esperando aquí el 11 de enero, le menciono que posiblemente a él le puede producir tristeza o enojo el hecho de que no nos veremos por tres semanas, pero yo lo estaré esperando para que me platique cómo le fue en sus vacaciones. M dice que sí y salimos del cubículo.

M muestra enojo al olvido de su madre de traerlo a sesión; se observa que aún continua mostrando un apego inseguro pues después de la ausencia también muestra enojo hacia la terapeuta, ignorándola, en ocasiones voltea a verla y mantiene el discurso de su juego sin establecer un diálogo directo con ella, en ocasiones se muestra desorganizado. Al final de la sesión se observa su dificultad a la separación, la cual también aparece en la sesión 37 donde refleja claramente su enojo y tristeza ante la separación debido a su temor angustiante a la pérdida y al abandono, esto relacionado con sus figuras cuidadores que en ocasiones lo dejan solo, aunque esto le molesta y le causa tristeza no se lo dice a su madre ni abuela, durante el juego refleja su enojo, especialmente hacia la abuela, quién en esas fechas no lo había visitado debido a que se enoja con la madre de M.

Sesión 38: M se muestra muy contento de regresar, percibe los cambios en el cubículo, durante su juego los niños se olvidan de pelear y juegan. . Al final decide nombrar a los muñecos, refiere que el niño de color rojo se llama Rudy, naranja Beny y el verde Myke, me pregunta cómo quiero que se llamen las niñas, le digo que Lulú, después él propone que una se llame Stefany y la otra Fabiola la mujer grande (guerrera) se llama Natalia.

Parece que M percibe el espacio como seguro, se da cuenta de que ante la separación no será abandonado ni dejará de ser querido, esto lo lleva a “nombrar” a los personajes, lo cual tiene un importante significado

simbólico pues como menciona Lebovici el nombre del bebé le prepara el futuro; es importante recordar que anteriormente M nombra al personaje con el que se identifica con el mismo nombre de su padre muerto (D), identificándose con ese ser muerto y ausente, en ésta sesión el personaje que sobresale y con quien se identifica lo nombra “Mike”, comienza con la letra de su nombre M, lo anterior deja ver que M se va reconociendo.

Sesión 47: Le comento tendremos vacaciones por una semana, nos veríamos dentro de 15 días. M comenta que en su escuela tendrá dos semanas.

M me pregunta si he visto la película de Río, le menciono que sí y le pregunto cuál fue la parte que más le gusto, él responde que cuando él no sabe manejar y la chica sí, menciona que Río no sabía hacer muchas cosas aunque sí sabía cantar y actuar, M refiere que no vio toda la película y me pregunta si Río aprendió a volar, le digo que él podría ver el final

M refiere la película de Río, identificándose con el personaje, quien al separarse de su ama se siente angustiado y en desconfianza pues no sabía hacer muchas cosas, su ama las hacía por él, al final Río aprende muchas cosas incluso a volar. M refleja su necesidad de independencia, busca autorregular su ansiedad al pensar que como Río él podrá superar las separaciones y aprender muchas cosas. Necesidad de apego seguro.

Mike dice “mataron a todos en quienes se podía confiar, a nuestros tíos, a nuestros primos... ahora solo quedan en quienes no se puede confiar, así que no confíes en nadie de aquí” , la niña dice sentirse alegre de que puede confiar en sus hermanos, en la guerrera y en el guerrero, M dice que sí. ... La sirenita dice “muchachito insolente, morirás”, le pregunto a M si alguien podrá ayudar a Mike, pues parece que las niñas, hermanos y guerrera, no lograron hacerlo. M toma al guerrero, quien rescata a Mike y les pide a los niños no intervengan pues las cosas podrían salir peor, los niños y guerrera pelean con los malos, le menciono a M que al parecer nadie puede ayudar a Mike, pues están ocupados, M dice “no, el guerrero se abrió camino y si pudo, sólo que la abuela es muy fuerte”, yo me pregunto si el guerrero podrá con la abuela, M refiere él tiene un escudo para protegerse de ella. Posteriormente menciona que Mike cada vez se siente peor pero está pelando por sobrevivir, yo pregunto qué lo motivara a vivir, M responde “que todavía tengan una parte del mundo donde no ha llegado Milhouse”, pregunto a qué se refiere, él dice “hay una parte que aún no está invadida de Milhouse, todos sus hermanos están vivos, esas son las cosas que lo motivan a vivir”, le menciono que con sus hermanos puede jugar y divertirse. El guerrero recuerda que hay una flor medicinal que podría curar a Mike de todas sus heridas por los cuchillos enterrados, se la tiene que comer, aunque el sabor no es muy agradable, pero a veces si sabe bien, cuando está agria sabe mal pero si está dulce sabe bien, Mike se la toma diciendo “esta vez estuvo dulce... estoy bien... abuelita muérete... hay partes a las que no ha llegado Milhouse, hacia Europa y hacia África y hay otras donde no ha llegado Milhouse, así que... voy a luchar por esas partes” , le menciono que Mike quiere luchar por las partes que se pueden rescatar, Mike dice “no dejaré que se vuelvan como la ciudad, horrible y fea.... Es bonita la ciudad.... Ah sí, ¿qué bonito tiene un cemento de muertos, cabezas flotantes, mi papá... lo

mataron ustedes?”, le comento que al parecer todo eso hace que esa ciudad sea horrible, M dice “todo esta horrible, está lleno de zombis, ya crearon a Úrsula por su maldita radiación”.

Al final de la sesión le hago ver que aunque ha finalizado la sesión él desea seguir jugando, le menciono que dentro de 15 días yo lo estaré esperando. M toma a los niños, quienes dicen “¿tenemos una bandera?.. no.. bueno podemos hacer una en estos días libres, en éste mes”, le menciono que probablemente él percibe una semana como un mes, M dice que sólo será una semana y continúa jugando. Le hago ver nuevamente que no desea dejar de jugar, posiblemente porque no nos veremos, hasta dentro de 15 días, pero yo lo estaré esperando. M dice “ok, pero antes..” (le pega al punching) y después nos despedimos.

Por un lado M continua mostrando desconfianza a los adultos (figuras parentales y cuidadores), percibe confianza y apoyo en sus pares. M busca ser rescatado por la figura paterna, al ser ésta quien le ponga un límite a la figura materna persecutoria.

Se observa su necesidad de reparar y rescatar las “partes buenas”, parece que M trata de introyectar lo malo y proyectar lo bueno para afrontar su ansiedad de persecución, la cual refiere Klein en la fase esquizo paranoide. M continua mostrando ansiedad y enojo ante la separación, la cual va disminuyendo a comparación de las ocasiones anteriores donde hubo interrupciones por vacaciones en el tratamiento.

Sesión 48: El papá de los niños muere pero revive, M toma al papá quien dice “hijos ahora ya me voy pero cuando me necesiten pueden llamarme y regresaré”, posteriormente M se retracta y dice que mejor el papá no se iría y estaba con ellos por siempre.

M deja ver su necesidad de una figura paterna que le brinde seguridad y confianza, que pueda estar ahí cuando la necesite, muestra cierta ansiedad a la separación por lo que se retracta en su discurso diciendo que el papá siempre estaba con ellos. M va percibiendo que una figura puede irse y regresar cuando él lo requiera aunque continua mostrando cierta angustia a la separación.

Sesión 51: En esta sesión le digo a M que su madre me comentó que su abuelo lo había ofendido, le pregunto el motivo, él contesta “es que creyó que me iba a matar, es que yo andaba jugando con un lazo a que era como el hombre araña, que me enredaba y que entonces me caía, se me enredó en el cuello, me lo saqué, mi papá me vio y me lo quitó, dijo que era un tonto., yo me enojé y dije- yo sé cuidarme”. Le menciono que yo también confié en que él sabe cuidarse. Pregunto si su abuelo le dijo que le daba miedo que llegará a matarse, M dice “no, es que hay varias personas que se matan o se dañan”, le pregunto cómo qué personas, M dice “no sé, solo eso me dijo mi mamá”.

M muestra enojo ante las agresiones de su abuelo, le enoja lo perciban como incapaz de cuidarse, en esta ocasión M es capaz de defenderse y mencionar lo que le molesta, cuando grita “yo sé cuidarme”. Se observa que el vínculo de M con sus cuidadores principales suele ser dependiente y ambivalente, M muestra su necesidad de independencia, de cuidarse solo. Otro punto importante es la ansiedad de la familia a que M

repita el evento de su padre, lo cual los lleva a mostrarse sobre protectores, en algunas ocasiones, sin embargo en otras lo dejan completamente solo, parece ser que van de un extremo a otro, lo cual puede provocar una gran confusión en M.

Sesión 54 y 55: Robotcin (personaje del equipo de los buenos) parece tener dificultades para controlar su fuerza e hiere a Mike y las naves de algunos de los Start Wars. M menciona que Robotcin tiene un punto débil, que son sus ojos, él le tiene miedo a papá rex, piensa que lo puede atacar, posteriormente Robotcin se da cuenta de que papá rex no lo lastimará, antes de esto papá rex le da un colazo por accidente, comenta que papá rex es el único que tiene más fuerza que robotcin por lo que podría acabar con él.

En la sesión 55 M, durante su juego, refiere que los malos matan al abuelo, Mike recuerda al abuelo quien le dice “hijo mío, yo estaré contigo, no pierdas la fe”.

Deja ver un vínculo ambivalente con la figura paterna, por un lado percibe que no lo lastimará pero por otro lado piensa que sí lo hará, lo cual le da miedo. Esto puede estar relacionado con lo dicho por su abuelo cuando ve a M jugando con la cuerda, le dice cosas hirientes como “tonto”. M comienza a cambiar la percepción de las agresiones de sus cuidadores principales, parece percibirlos como accidentes y no como una forma intencional de dañarlo, posiblemente M utiliza este mecanismo al pensar constantemente que sus cuidadores no lo quieren y no es amado por ellos, motivo por el cual lo maltratan; ahora percibe que si es querido pero por accidente lo maltratan. M busca un apego seguro con el abuelo.

- **Funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.**

Sesión 32: Le pregunto a M si desea que le ayude a colocar un casco al muñeco, al ver que tiene ciertas dificultades, M dice que él puede hacerlo pero que se agradece mi ayuda, dice que no desea que me enoje porque rechaza mi ayuda, le comento que me da gusto que él pueda hacerlo solo, le hago ver que ahora es capaz de hacer ciertas cosas por sí mismo, también le hago saber que no me enojaré si él no desea mi ayuda, pues es posible que en ese momento no la requiera.

Como lo comenta Geissmann (2000, en Geissmann y Houzel, 2000), la capacidad para ser madre tiene dos tareas importantes, cimentar de manera armoniosa su unidad con el niño y en disolverla de la misma forma más tarde, lo cual se le ha dificultado a la madre de M, pues cuando M desea hacer algo solo o enfrentarse a un riesgo, su madre muestra excesiva preocupación y le impide que lo haga; esto último se relaciona con la función del handing donde el niño pasa de “yo soy” a “yo hago”. En esta sesión se observa que M diferenciando de la madre y se va reconociendo así mismo (“yo soy”) lo cual le permite explorar y pasar al “yo hago”, mostrando así su necesidad de independencia.

Sesión 33: M dice “tontos, la niña les dijo tontos, les importan nada más las armas....¡No nada más importa esto!... a mí me gusta mi arma... eso es cierto... eso es muy cierto... no tiene nada de malo... a ti te gusta tu

arma...”. Yo le comento que a los niños parecen gustarles sus armas, también le digo que en la realidad los niños no usan armas, M dice que en una ocasión su papá lo dejó conducir una camioneta verdadera, al explorar más sobre ello M dice que tenía como 4 años, estaba con su papá (abuelo) su mamá y abuela, le mencionó que posiblemente su abuelo lo subió a sus pies y simuló que manejaba, M insiste en que él fue quien manejó y se estrelló, le pregunto si eso fue real o lo soñó, él dice que fue real; yo le comento a M que yo le había mencionado que usualmente los niños no usan armas y eso le hizo recordar cuando condujo posiblemente asociándolo a que los niños en la realidad no pueden manejar , M me pregunta ¿no está mal que un niño maneje?, yo le comento que los niños no manejan, se puede hacerlo hasta que se cumple 18 años y se tiene la licencia de conducir, M me pregunta si es legal, yo le digo que no, posteriormente él dice “Ay no, entonces cometí un delito” , le menciono que él en ese momento no era responsable de la camioneta sino su abuelo, M dice “es que mi abuelito se bajó y me dejó conducir en el paraje, pero era una bajada”, le digo que su abuelo lo iba cuidando, M dice que él era copiloto, le pregunto a M si él cree que sea un delito, él dice que si pues la verdad es que a un niño no se le deja conducir, puedo conducir cuando sea grande, joven, fuerte y no cuando ta los 4 años, le digo que si él era muy chico probablemente no alcanzaba los pedales, él dice que solo estaba conduciendo sin usar los pedales y luego se estrelló contra un poste, le comento que posiblemente eso le pudo dar miedo (probar cosas de grande), M dice que su papá le dijo “M maneja y él dijo, qué.. qué.. pero ¿Cómo?”, al final lo hizo; le digo que eso pudo sorprenderlo, M dice “es que ahí estaba mi papito borracho y me dejó conducir”, le pregunto que le hace sentir eso, M dice “así como miedo de ¿hay como voy a conducir”, le comento a M que a veces le puede dar miedo actuar como adulto y cuando su abuelo actúa como niño, le pregunto si le ha pasado eso, M dice “en esa ocasión yo era el adulto y ellos eran los niños”, le menciono que eso me hizo recordar cuando su abuela y madre pelean y él trata de solucionar las cosas, ellas deben arreglar sus problemas

Durante su juego M dice “no me rendiré a pesar de nada, si no se rinde mi compañero yo tampoco, aunque me mates no me rendiré”. La jirafa dice que ya no desea pelear, el león dice que le ayudará y ataca a los contrincantes, posteriormente la jirafa también le ayuda salvándolo del perro.

Se observa la incapacidad de las figuras parentales para cumplir con la función protectora, referida por Barudy y Dantagman (2010), la cual corresponde a proteger a los hijos de los contextos externos, familiares y sociales que pueden dañarles directamente o alterar su proceso de maduración, crecimiento y desarrollo, así como a protegerlo de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y educativa. Los cuidadores de M tienden a colocarse como niños, forzando a M a asumir un rol de adulto, el cual le causa miedo y puede llegar a desorganizarlo. Lo antes mencionado se relaciona con la función del holding donde el cuidador protege y sostiene al bebé, parece que en ocasiones los cuidadores de M “lo dejan caer”, ante su imposibilidad de cumplir con sus funciones. M muestra mayor reconocimiento de sí mismo al mencionar que no se rendirá,

se observa su necesidad de figuras que cumplan con su función, al protegerlo y apoyarlo. Es posible que exista un deseo inconsciente de las figuras parentales por “dejar caer” a M, al no cumplir con las expectativas que esperaban de él.

Sesión 34 y 35: M toma a los star wars, refiere que subirán a la nave del enemigo, él acomoda dichos personajes en la mesa, le hago ver que a diferencia de otras sesiones ha organizado el espacio, M dice que lo ha hecho con mi ayuda y ahora sabe cómo debe organizar el espacio.

Posteriormente M busca armas para los niños, me pide que busque a todos los niños. Después dice “Que buena cabida con éstas armas” “Nos ayudan a defender lo bueno, no lo malo”.

Se observa que M percibe el espacio terapéutico como seguro y como un lugar donde las funciones maternas se cumplen y son satisfechas algunas de sus necesidades. M va reconociendo las cosas buenas, al cumplirse la función del holding, donde se le sostiene, se le mira y contiene.

En la sesión 35 le pregunto cómo le fue en la escuela, en principio dice que bien, después menciona que semi bien, al explorar menciona que uno de sus compañeros (Brayan Alberto) le dijo niña por los tenis que llevaba, así que él se enojó mucho e iba a pegarle, dice “lo quise matar, bueno no lo quise matar, solo pegar con los puños”, los otros compañeros lo detuvieron, su profesor regañó a su compañero que se burló de él y le aconsejó no hacerle caso y a la próxima decirle “Si, aja, soy una niña”; se le pregunta qué piensa de eso, M dice que posiblemente su maestro tenga razón; se le reconoce el hecho de defenderse y se le dice que posiblemente él encontrará otra forma de defenderse.

M juega a que el rex está muy enojado y no se puede controlar por lo que le pega a todos, los niños se preguntan cómo podría calmarse (intervención terapeuta), M comenta que le aventaron las granadas al rex y activaron su centro defensivo ahora ya no puede controlarlo, la niña le dice que está bien que el rex exprese su enojo, aunque deberá buscar la forma de controlarse, el rex le pega a uno de los dinosaurios e intenta pegarle a otro, le menciono que ahora está hiriendo a los de su equipo, le pregunto a M si esto le ha pasado en su familia, él se queda callado y después menciona “ a veces yo me enojo con mamá”, trato de decirle algo al respecto pero él toma al rex y hace mucho ruido con éste. Posteriormente la niña trata de tranquilizar al rex pero éste continua muy enojado, uno de los niños le reclama a los hombres por aventar las granadas al rex, M refiere que el rex sigue enojado y se ha llenado por comer a tantos hombres, después toma un caballo quien acaricia la cara del rex, éste último se duerme, yo comento que al parecer se ha tranquilizado, M dice “es que su piel es tan suave que lo hizo dormir”; el rex se vuelve a despertar y se enoja al escuchar que atacaron a alguien de su equipo, el rex vomita pues se ha tragado a muchos, se acerca el caballo y le toca la cara, el rex se vuelve a dormir, el caballo se pasa al equipo de los buenos.

Cuando se habla con la madre, ella refiere que le disgusta que los niños se burlen de M, no sabe si hablar con el profesor o mantenerse al margen, dejando que él se defienda, aunque esto último le causa cierta ansiedad. Se le

dice que lo primordial es confiar en M y en su capacidad de defenderse, es importante aprender a confiar en él; se le hace ver que la reacción de M puede estar en función de fortalecerse y espantar a los otros para que dejen de burlarse de él, en un primer momento puede actuar furiosamente pero después él aprenderá a controlarse. La madre menciona que cuando ella habló con su hijo, él le preguntó de qué otras formas podría defenderse, se le dice que lo recomendable es decirle que él mismo puede encontrar la forma.

Se observa la dificultad de la figura materna para contener a su hijo y mostrarle la forma de defenderse, esto puede estar relacionado con su propia infancia, pues fue maltratada y tampoco aprendió a hacerlo. Durante el juego M deja ver su enojo ante las burlas y su forma de defenderse, la cual en ocasiones suele ser controlada, en el juego refleja que puede llegar a contenerse con afecto (el rex se calma cuando la piel suave del caballo que lo acaricia), muestra su necesidad de ser sostenido y contenido por las figuras parentales.

Sesión 38: Comenta que de regreso a la escuela se sintió bien pues mejoró sus calificaciones, saco 8,9 y 10; lo felicito y reconozco su esfuerzo; M se pone contento y dice “si, lo logré”; le pregunto cómo le hizo, él menciona que dejó de distraerse con sus colores y se concentró, se esforzó, comenta que su mamá no lo dejaba dormir hasta que se aprendiera las cosas y eso le enojaba pero le ayudó; le menciono que la forma de su mamá de ayudarlo es poniéndolo a estudiar.

Durante el juego los niños hacen diferentes trucos y dicen ¡mira esto!, las niñas se sorprenden y preguntan quién es el ganador, ellos responden que eso es una información personal de niños pero después cambian de parecer y les confiesan quién fue. M comenta que los padres fueron quienes le enseñaron a los niños a manejar. Los niños al manejar pasan por diferentes obstáculos y logran evadirlos, practican para ser cada vez mejores, cada que hacen un truco preguntan ¿qué tal les pareció?; los niños realizan diferentes trucos cada vez con mayor dificultad, duplican su adrenalina (su doble de empeño), entre ellos se dan consejos para realizar los trucos cada vez mejor; M menciona que aunque la moto subía a una gran altura no tenían miedo, le pregunto cómo le hacían para no tener miedo, él menciona que practicaban y sabían que no caerían, se sentían seguros, le comento que vencían su miedo al sentir seguridad. Los niños se apoyan entre ellos y se dicen unos a otros “lo vas a lograr”, cada vez hay mayor dificultad, lo hacen sin ver, hacia atrás, etc

Cabe mencionar que la madre reporta ciertos cambios, comienza a hacer la tarea con M y le ayuda a estudiar, cumpliendo así con su función de sostener a su hijo, cuando M mejora sus calificaciones la madre lo felicita, sin embargo en ocasiones se sigue mostrando agresiva. M va percibiendo que es mirado por su figura materna así como por otros, es valorado y reconocido, como lo menciona Winnicott (1971) “como miro se me ve y por lo tanto existo”. M muestra su alegría al ser valorado, durante el juego refleja su satisfacción de lograr cosas que los padres le enseñan. Se observan recursos que puede utilizar para vencer el miedo- sentirse seguro al poner en práctica sus habilidades y aprender de otros- apoyo. Vive el espacio terapéutico como un lugar seguro.

Sesión 39 y 40: En la sesión 39 M habla de que no desea les pase algo a los juguetes del cubículo o se pierdan pues los juguetes se sentirían tristes, recuerda que recientemente su madre le pidió que vendiera sus juguetes para comprarse uno nuevo. En la sesión 40 M menciona que a él no le gusta ver cuando regalan o venden sus juguetes por lo que le pide a Anita que ella lo haga por él o su madre o uno de sus primos, refiere que él no es de los niños que dicen ¡ay ya no me sirve entonces los tiro!, le pregunto qué siente cuando su madre los tira, M dice “feo, cuando tiró a mi dinosauria yo dije ay no ay no, fui por ella, bueno también lo hice porque mamá todavía no había dicho que vender y que no”, le pregunto qué pensó, él contesta que no le gustaría le pasara algo malo a sus juguetes, le menciono que en ocasiones él piensa que sus juguetes sienten y que podrían sufrir si los tira o los pierde, pero los juguetes son objetos, no tienen vida y por lo tanto no sienten y que posiblemente él sienta mucho afecto porque se siente acompañado por estos cuando está solo, M dice: “Sí, me han acompañado”. Le comento que él podría encontrar una compañía con un ser vivo como por ejemplo una persona, él dice nuevamente que se siente acompañado por sus juguetes y llora cuando los pierde pues los ha tenido desde muy chico, p.e sus soldados que eran los protagonistas de sus juegos, le menciono que al parecer les tiene mucho cariño porque son como protagonistas de su propia historia.

Winnicott (1962) menciona que el logro de la integración estriba en una unidad; en primer lugar viene “yo”, incluyéndose en ello “todo lo demás no soy yo”, luego viene “yo soy, yo existo, el mundo real de la realidad compartida”, a esto se le suma el hecho de que “yo existo es visto y comprendido por alguien” y después lo siguiente “me es devuelta la evidencia necesaria para saber que he sido reconocido como ser”. Aunque la madre de M comienza a reconocerlo continúa golpeándolo y en ocasiones no lo diferencia de ella pues vendió unos juguetes de M, pensando que éste se pondría contento al comprar un juguete nuevo, sin embargo M no deseaba hacerlo pero lo hizo pues cuando le dijo a su madre que no quería venderlos, ésta se puso a llorar, lo antes mencionado no le permite a M verse como “yo” y diferenciarse del “no yo”, además lo vulnera y no le permite tener la suficiente evidencia para reconocerse. M tiene dificultades para diferenciarse del “no yo” como los juguetes, piensa que sienten lo mismo que él. También se observa la necesidad de M por tener un espacio seguro donde hay permanencia de los objetos y no se perderán- miedo al abandono.

Sesión 41 y 42: Le menciono que su madre me hizo saber el día en que se enojó con él y le metió un papel en la boca, M menciona que eso le dolió y se sintió mal, deseaba que en ese momento su abuelita estuviera con él. Le pregunto qué puede hacer en esos momentos cuando su madre pierde el control, pues él no tiene porque resistir sus golpes o insultos, ella es adulta y debe aprender a controlarse, M contesta a la pregunta diciendo “mmm ¿dejar de molestarla?”; le comento que él no la molesta sino que ella tiene dificultades para controlarse, M pregunta si hay una terapia de pareja, es decir de mamá e hijo, piensa que podría acudir si es que la hay.

Más adelante dice: “me siento triste, ganas de chillar, pero digo... M los hombres de verdad no chillan y ya aprendí a aguantarme”, le menciono que eso para él y cualquier otro niño es algo difícil de aguantar, en ese momento M se distrae con la bolsa de star wars que no logra abrir, le pregunto si desea ayuda, él dice que sí.

M dice que en ocasiones su mamá piensa muy mal de él. M me pregunta por qué su madre va al psicólogo si ella es psicóloga, le menciono que los psicólogos también pueden ser atendidos por otros psicólogos, M me pregunta si tengo hijos, le pregunto qué le interesa saber, él menciona que yo tengo demasiados juguetes y posiblemente los traigo de mi casa, eso le hace pensar que tengo hijos, le pregunto qué pasaría si yo tengo un hijo, él responde que podría convivir con él pues cada niño está muy solo con su mamá psicóloga, le pregunto si él se siente solo con su mamá psicóloga, él dice que sí, le comento que yo conozco muchas mamás psicólogas que tienen hijos y disfrutan tiempo juntos con ellos, le hago ver que no todas las psicólogas son como su mamá, M dice que a veces no se siente solo.

Más adelante en su juego, el personaje de Mike pelea y dice que no quiere ayuda, refiere que está cansado y posiblemente no resista y muera, posteriormente cambia de opinión diciendo “no, mejor si lo ayudaban porque podría morir ahí... Mike estaremos aquí para cuando lo necesites”.

Al final de la sesión 42 M dice que su madre le dijo tonto cuando tiró la plancha y se sintió mal, casi llora, pero se aguanto. Es importante resaltar que el abuelo de M tiende a comentar con su nieto que los hombres no lloran. Le digo a M que él no es ningún tonto y su madre lo dijo por qué estaba enojada, le pregunto si se alejo de su madre para no seguir escuchando palabras que podrían lastimarlo, M dice que se amarró las agujetas y se fue, aunque si se sintió mal.

M muestra su tristeza ante la situación con su madre, posiblemente perciba que las cosas no cambiarán, siempre habrá peleas en su casa por lo que se siente cansado y desmotivado, incluso en su juego habla de no poder resistir y morir. M muestra sentimientos de tristeza ante la incapacidad de la madre para cumplir con su función protectora, de sostén y de acompañamiento, M refiere sentirse solo sin embargo deja ver sus recursos al considerar una figura diferente a su madre que pueda estar con él cuando lo necesite, M habla de fortaleza y de alcanzar todo su potencial. Es probable que en el espacio terapéutico encuentre un lugar seguro que está ahí cuando él lo necesita, así como otras figuras como sus pares, principalmente su hermana, en otras sesiones M refiere que ellos pelean pero también se llevan bien pues cuando están tristes o su mamá golpea a uno de los dos, el otro lo apoya y lo reconforta.

Sesión 50 y 53: Le preguntó cómo le fue con la paido psiquiatra, M dice que los doctores le han dicho que un ángel de la guarda lo cuida, pues a pesar de haber tenido varios accidentes, ha sobrevivido, le pregunto qué piensa él, M dice que posiblemente su padre lo cuida desde el cielo, yo comento que sumado a eso, se encuentra su habilidad para cuidarse a sí mismo y su fortaleza, M menciona que en ocasiones él no ha podido meter las manos cuando ha caído, p.e. cuando se cayó de las escaleras.

Durante su juego M refiere que los niños antes no eran nada, le pregunto a qué se refiere, él menciona que anteriormente no sabían cómo defenderse, no sabían luchar y ahora sí, además ahora tienen una nueva familia (los guerreros y los dinosaurios).

M dice que el rex se tranquilizaba cuando le cantaban o acariciaban pero ahora está muy feroz y nada de eso puede tranquilizarlo. El guerrero lucha contra el rex, pero también es derrotado, al igual que la guerrera. Le comento que ahora los niños no han podido vencer al rex, M dice que ellos eran apenas unos niños y el rex es muy grande, le pregunto qué pasará con todos, ya que se encuentran heridos; M responde que hay una pócima que podría sanar a todos, el guerrero va por dicha pócima, acompañado del padre de los niños, mientras tanto la guerrera se queda cuidándolos. El guerrero y el padre, tienen que pasar por un camino donde hay muchos malos y combatirlos, el perro líder les ayuda a vencer al león, al final logran obtener la pócima y se la dan a los niños, ellos reviven.

El rex continúa incontrolable, parece que nada lo puede calmar, Mike intenta calmarlo y dice “nada me pasará, alguien me cuida”, pero nuevamente el rex le pega y Mike queda herido. Terry (hermano de Mike) intenta introducirse en el cuerpo del rex para sacarle la bala del corazón, pero no lo logra.

El papá de los niños tiene una nueva idea, introducir una máquina dentro del rex y sacarle la bala del corazón, así lo hacen y esto sí funciona.

Le pregunto a M qué fue lo que más le gusto de la sesión, él responde: “que el rex atacó a todos los niños, formas de controlarse y que en la realidad es con las palabras”, le menciono que cuando él se encuentre muy enojado puede tratar de hablar de aquello que le enoja o si siente que puede llegar a decir muchas cosas hirientes, debido al enojo, puede alejarse y descargar su enojo pegándole a una almohada, dibujando, escribiendo, etc. También le menciono que en ocasiones su madre tiene dificultades para controlarse y él no puede hacer nada para tranquilizarla, pero sí alejarse antes de que lo agrede, le comento que en ocasiones las mamás cuando están enojadas pueden decir palabras hirientes que en realidad no sienten.

Sesión 53: Refiere que el lunes hizo el examen de enlace, pero se lo aplicó una maestra de 6° año, quién solo les daba un minuto para contestar cada pregunta y leía aprisa, él se atraso y la maestra le pidió que se fuera para el escritorio, le dijo a todo el grupo que no los dejaría salir debido a que él no había terminado. M refiere que se sintió un niño tonto y lento. Se le hace ver a M que tiene habilidades en el vocabulario, imaginación y lenguaje, sin embargo se le dificulta responder rápidamente un examen utilizando el lápiz, se menciona que si hubiese sido verbal, seguramente su desempeño hubiera sido mucho mejor por lo que él no es ningún tonto, ya que así como él tiene dificultades en eso, hay niños que tienen dificultades en el lenguaje, todos tenemos habilidades y dificultades; sin embargo su maestra no logró comprender su dificultad y optó por tener una actitud poco tolerante, se le hace ver que ningún profesor tiene el derecho de hacer sentir a sus alumnos como

incapaces, él puede decirle a su mamá la situación para que hable con la directora y ésta a su vez con dicha profesora, ya que el comportamiento de ésta no fue el adecuado.

Durante su juego Robotcin dice “Yo no soy ningún débil. Robotcin comienza a pelear con el Robot del equipo malo, trata de vencerlo, durante la pelea M dice “Él es fuerte, capaz, inteligente y valiente”, las niñas intentan ayudarlo, M menciona que él puede solo pues es fuerte, las niñas confían en que lo logrará

M dice “Es fuerte, capaz, inteligente y valiente” (lo repite muchas veces, las niñas también lo repiten).

En la sesión 50 se observa el enojo de M, relacionado con que la madre vuelve a agredirlo pues se pelea con la abuela, la madre se lleva a sus hijos a Cuernavaca y dice que ya no asistirá M a terapia, se habla con la madre, ésta se tranquiliza y vuelve a su casa. M refleja en el juego todo el enojo que le produjo la situación sin embargo encuentra recursos propios para afrontar la situación al pensar que no está solo y su padre desde el cielo lo cuida, este pensamiento le ayuda a tener confianza de que la situación mejorará, va comprendiendo que el actuar de su madre no es culpa de él ni significa que no lo quiera. Se observa que a través de la contención, sostenimiento y apoyo que M va encontrando en el espacio, va reconociéndose y encontrando sus fortalezas, las cuales refleja en el juego, p.e sesión 53, habla de fuerza, capacidad inteligencia y valentía.

Sesión 56: M dice que logró contener su ira, pues Brayan lo molestó pero él logro contener su enojo, se le reconoce su logro y se habla de la importancia de comentar con su madre o algún adulto lo sucedido para que Brayan sea reprendido por sus acciones, pues no debe agredirlo. M habla de su deseo por defenderse solo, se menciona que los niños en ocasiones necesitan de la ayuda de los adultos.

M va aprendiendo a contenerse y controlar su ira, esto posiblemente relacionado con la propia contención que obtiene en el espacio terapéutico donde el dolor es convertido en placer, la soledad en compañía, se le devuelven sus sensaciones de angustia de una forma más apropiada en que sí pueden ser toleradas y recibidas por él, por lo que la actividad de pensar surge de esta liberación al psiquismo del exceso de estímulos que lo abruma; esto relacionado con el concepto de reviere, el cual coincide con la función del holding según Bion (1980).

- **Criterios de duelo patológico**

Sesión 33 y 34 : M dice “es que, es que , es que a veces a mi me dan ganas de matar a las personas, teníamos una perrita y una camioneta la atropelló, ya no podía correr así que tuvieron que matarla y yo sigo con deseos de vengarme, de así ¿por qué?”, le digo que pueden dar ganas de matar a esa persona que atropelló a su perra, M dice que solo tiene deseos de vengarse, de pegarle o de abollar la camioneta, después menciona que le ha llegado un dolor de cabeza, le menciono que a veces eso pasa cuando algo nos causa angustia, M dice “Es que a veces también me pasa eso, es que ... extraño a mi padre.. es que me hicieron hacer dibujos con mi otra terapeuta, dibujo de mi familia y no dibuje a mi papá porque estaba muerto, es que varios de mis primos

comparten esto, Rodrigo, se murió su papá”, le pregunto si sabe por qué, él dice que no, también le pregunto si tiene fotos de su papá, M dice que sí, le digo si ha visto algún parecido entre ellos, M dice que todos le comentan se parece en todo a él, “físicamente y en todo, en todo”, le pregunto si eso le gusta, M dice “me gusta porque finalmente es mi papá”.

Le digo a M que a su padre le gustaría verlo feliz, M dice “pero él está muerto, es que yo le pedí a una estrella que reviviera mi papá”, le comento que eso no es posible pues la gente que muere ya no regresa, M dice que él desea regrese, le pregunto ¿para qué?, M dice “para verme... para verlo solo una vez, a caso es mucho pedir verlo solo una vez”, le digo que él ya no puede verlo pero puede escribir cartas sobre todo lo que le hace sentir su ausencia, M me pregunta si puede escribirle una carta a los reyes magos para que se la den a su papá, yo le comento que la realidad es que su papá ya no está y nadie ha visto a los reyes magos y no se tiene la certeza de que existan, lo que sabemos es aquello que vemos, le recuerdo aquella vez en que mencionó al diablo, es algo de lo que se habla pero tampoco nadie lo ha visto, no se tiene la certeza de que exista, no se ha visto que el diablo castigue a quienes se porten mal, M dice que el diablo existe pues una vez se le metió el diablo, no se podía detener aunque quisiera, le menciono que eso no es que se le meta el diablo sino que estaba muy muy enojado pero eso no significa que se meta el diablo, fue el enojo que se metió y él puede vencerlo, le reconozco el hecho de hablar de las cosas que le duelen como la ausencia de su papá, le pregunto dónde le duele cuando piensa en eso, M dice “en mi corazón, quiero que mi papá este, por favor Dios”, le pregunto cómo es ese dolor, M dice que es muy muy grande, mucha tristeza, es de color negro, dice sentir rabia porque si no hubiesen matado al hermano de su papá, él no se hubiera entristecido y no hubiera muerto, siente rabia con la persona que mató a su tío, M dice “¿por qué no fueron asaltar a otra persona? ¿por qué, por qué? ¿por qué nadie lo defendió? Si no él estaría vivo”, le pregunto cómo es ese enojo, M dice que es duro duro y se mueve muy rápido rápido, posteriormente dice “ahorita mi cerebro anda pensando que él estaría conmigo”, le pregunto qué le diría a las personas que mataron a su tío, M menciona que les diría que no los perdonaría, no tendría piedad de ellos, pues por ellos ni siquiera lo conoció, le menciono que es como si se lo hubieran arrebatado, M dice que sí; le pregunto qué le diría a su papá si estuviera, él menciona que le gustaría decirle que lo extraña y quiere mucho, posteriormente le pregunto qué piensa le diría su papá a él, M dice que también le diría que lo quiere, le pregunto de qué cosas cree que su papá estaría orgulloso, M dice: “de que no me he rendido en tercer año, de que he logrado sobrevivir a la hidrocefalia, de que a pesar de que me caí aún sigo vivo”, le menciono que él ha luchado por estar aquí.

Se observa el anhelo de M porque su padre se encuentre con él, persiste en él la incredulidad de que la pérdida sea permanente. M muestra enojo y reproche a las personas que mataron a su tío, cabe señalar que su abuela le dice que a su tío lo asaltaron y lo mataron, entonces su padre entristeció, le dio depresión y murió; la realidad es que su tío también se suicidó con anticongelante. Ante sus propios sentimientos de culpa por la

muerte de su padre decide culpar a otros. También se observa miedo a morirse. En esta sesión se aplica el focusing con la finalidad de que M reconozca y hable de las emociones que siente con respecto a la muerte de su padre puesto que en casa esto no lo puede hacer, debido a que su madre muestra enojo o llanto. Se busca que M reconozca sus esfuerzos de los que cree su padre estaría orgulloso. Aunque M no conoció a su padre, dice extrañar a dicha figura, posiblemente ante su dificultad por encontrar una figura que cumpla con las funciones paternas, así también por aquellas cosas que su madre le ha dicho en relación a él. M busca identificarse con el padre.

Sesión 39: M saca a los star wars y dice que faltan unas piernas para uno de ellos, pregunta donde están, entre ambos las buscamos, mientras lo hacemos dice: “Ay Dios y ¿las piernas?... ¿dónde están mis piernas?”. Le pregunto de qué color son las piernas del star wars, él menciona que blancas, las buscamos pero no las encontramos, M dice que no podrá seguir la historia si no las encuentra pues necesita que este completo. Posteriormente dice “Por favor Diosito ayúdame a encontrarlo, no puedo comenzar sin esto, por favor ayúdame, por favor, yo puedo creer en ti, por favor”; continuamos buscando pero no los encontramos. Le pregunto si no cree que podríamos hacer como si tuviera las piernas, él dice que no pues necesita las reales, le menciono que al parecer eso lo pone triste, él dice que sí pues no lo encuentra y ahora no podrá jugar nada pues se terminará el tiempo, le pregunto si podemos jugar otra cosa, él dice que quiere jugar lo mismo que las sesiones anteriores, le digo que podríamos hacerlo pero con la variación de que el star wars no tenía piernas porque las había perdido en una batalla, él dice que no. Le comento que al parecer para él es muy importante que tenga las piernas, él dice que sí. M dice: “pobre, pobrecito, no me siento bien sino tiene sus piernas”, le pregunto qué podríamos hacer para que él se sienta bien, él dice que encontrar las piernas, le pregunto qué podemos hacer ahora que no las encontramos, él dice que jugar pero para él es muy importante que estén todos los soldados star wars completos y entonces no jugará. Le comento qué podríamos hacer algo, él dice que no y busca las piernas adentro del rex, diciendo “hola rex, vengo a ver si no tienes las piernas de un amigo tuyo... papá rex ya no quiero.... Al parecer él no las tiene”. M dice que las piernas son muy importantes y le pregunto por qué, él dice que como no tiene piernas tendrán que sacarlo y él pensó desde el principio que la tropa buena no perdería ningún soldado, después dice “¿por qué hasta ahora?... no no puedo jugar sino esta él, no iban a perder a ninguno”, le comento que los soldados star wars son juguetes y él podría hacer como si tuviera la pierna y así no se perdería ningún soldado dentro del juego; M dice que no, le pregunto si cuando uno de sus juguetes en casa se le rompen ya no juega con él, M responde que si juega con ellos pero espera a que se alivien o le pide ayuda a Diosito, pero piensa que en esta ocasión Dios no lo quiere ayudar. Le hago ver que los juguetes en ocasiones se pierden o se rompen por el uso, le pregunto si él no tiene ningún juguete roto, él dice que tiene una dinosaurio que no tiene cola pero le puso un lazo y se imagina que es su cola, le propongo ponerle algo al star war para que pueda imaginar que tiene piernas, él dice que no es lo mismo; le pregunto por qué, él dice que la

rex es grande y aquí no podríamos conseguir alto tan pequeño para el star wars y a él le gusta que todos estén completos. Le pregunto si en casa también le pasa esto de ponerse triste y no querer jugar cuando se pierde alguna parte del juguete, M recuerda unos soldados que perdió pues se le cayeron a un baño, se embarraron de popo y se puso muy triste.

Posteriormente le menciono que cuando él pierde un juguete se pone muy triste y se siente muy mal, como si todo estuviera muy acabado pero él puede recordar los momentos felices con esos juguetes; M dice que a él no le gusta perder sus juguetes y desea que aún estén con él, cuando los pierde llora y se pone triste de pensar que su juguete está mal. Le pregunto si siente que es su culpa cuando los pierde, M dice que sí y de hecho pensaba tirar sus tazos a la basura al considerar que estaban mejor ahí que con él, pues piensa no los cuida; le menciono que la mayoría de los niños pierden juguetes o los rompen por el uso y no por eso son niños malos, pero al parecer cuando él lo hace siente que destruye, le digo que posiblemente alguien le ha hecho creer eso. M vuelve al tema de las piernas y dice que mientras acaba la sesión perderá el tiempo, posteriormente dice ¿en qué pierdo el tiempo?, le pregunto si desea hacer un dibujo de su tristeza, dice que sí pero cuando toma las pinturas dice que no tiene ganas, después menciona que su mamá le ha dicho que tiene manos de martillo y todo lo que toca lo destruye, le menciono que no tiene manos de martillo pues aquí ha realizado dibujos e historias muy creativas con sus manos.

M vuelve a buscar a las piernas y vuelve a decir que perderá el tiempo, le comento que para él fue muy triste no encontrar las piernas y posiblemente hasta se enoja y ahora no desea jugar, M comienza a decir “¿en qué pierdo el tiempo?.. Fue mi culpa... ¿en qué pierdo el tiempo?”, le digo que podemos hablar de cómo se siente y le vuelvo a mencionar que ha hecho historias muy interesantes con sus manos, M dice que le gusta hacer historias pero ahora ya no las hará pues no está completo el star wars, le propongo recordar alguna historia con el star wars, él dice que no pues no desea ni verlo, él dice “no, no quiero hacer nada, ya no haré historias”, le pregunto qué pasará las siguientes sesiones ahora que no están las piernas, M dice que hará lo mismo (perder el tiempo), le hago ver que al parecer un evento como el sucedido lo pone tan triste que deja de divertirse por mucho tiempo, también le comento que yo disfruto mucho sus historias pero también respeto este momento en el que se siente triste porque para él es muy importante que el star wars esté completo y sé que en un futuro él podrá sentirse mejor y hacer nuevas historias.

M comenta que se pone triste cuando un juguete importante se le pierde y el star wars era muy importante pues era uno de los personajes principales al ser de la tropa de los buenos. Le comento que no me gusta verlo triste pero comprendo se sienta así y yo estaré ahí hoy y las demás sesiones también, lo esperaré, pues mi trabajo es ayudarlo a que él descubra quien es y se dé cuenta que no tiene manos de martillo como se lo ha dicho su madre.

Se observa que M tiende a considerar que los juguetes tienen vida, mostrando así su dificultad para diferenciar su yo del no yo, lo real de lo irreal, esto posiblemente relacionado con las fallas en el vínculo y funciones maternas. M muestra tristeza ante las pérdidas al sentirse culpable y preocuparse por aquello que les sucederá a los objetos perdidos, puede llegar a sentirse culpable por la muerte de su padre, por la hidrocefalia que padece y por la privación materna, se observa que en ocasiones introyecta lo malo, llegando a considerar que él destruye todo. Posiblemente establezca la relación pérdidas- yo soy malo por eso me dejan, me abandonan, pierdo cosas. M muestra un duelo patológico pues tiende a culpabilizarse frecuentemente por las pérdidas y muestra un cuidado compulsivo por aquello que no desea perder, esto lo incapacita para continuar con una actividad, en esta ocasión para seguir disfrutando del juego.

Sesión 41 y 42: Durante el juego M toma a uno de los niños quien le dice a otro: “Extraño a papá... yo igual”, las niñas preguntan qué extrañan de papá, el niño le devuelve la pregunta a la niña, ella menciona que recuerda muy poco de él; el niño dice “era verde igual que yo y fuerte, cuando murió él mamá también murió”, el niño pregunta a las niñas si recuerdan a mamá, ella le dice que recuerda los quería mucho al igual que papá, menciona que posiblemente ellos estarían orgullosos al verlos crecer. El niño le dice a su hermano que recuerda mamá le trajo galletas cuando se enfermó, él dice que desea estar con su mamá; la niña refiere que desafortunadamente mamá ya no puede regresar pero lleva consigo su recuerdo, todas las cosas bonitas de ella, eso la ayuda a sentirse mejor y seguir adelante; el niño menciona que a ellos les hubiera gustado ver que pelean por lo justo, así que deben acabar con los malos.

En la sesión 42 durante su juego el personaje Mike dice que extraña a su padre y uno de sus hermanos le dice que no puede vivir todo la vida así, una de las niñas (manejadas por mi) le sugiere recordar las cosas buenas que hizo con él, Mike dice que su padre era valiente como ellos, aunque murió defendiéndoles y no le gustaría ver a sus hijos en una guerra, pero sus hijos lo hacen pensando que de esa forma su padre se enorgullecería de ellos, si estuviera vivo.

Uno de los hermanos le dice a la niña que su padre murió por su culpa, pues ella se salió de la cuna y los malos la siguieron hasta donde estaba su papá, la niña dice que ella era solo un bebé y comienza a llorar, otra de las niñas le dice que no fue su culpa. Mike le dice a su hermano que no fue culpa de ella, que su padre ha muerto y no fue culpa de nadie, el hermano dice que pudieron haberlo salvado, Mike menciona que eran solo unos niños, su hermano dice que tiene razón y le pide disculpas a su hermana, diciéndole que estaba enojado y por eso lo dijo.

M muestra pensamientos recurrentes sobre la muerte de su padre y tiende a culpabilizarse. Se observa que M desea reafirmarse, pensando que sus padres están orgullosos de él, esto con la finalidad de disminuir su culpa ante las pérdidas. Es necesario que M se auto afirme y se reconozca a sí mismo para poder confiar en que no perderá a todos sus seres queridos por tener o ser algo malo como parece percibirlo, sino que en ocasiones

todos llegamos a tener pérdidas que no tienen que ver con lo que somos. Es curioso que en su juego M mencione que cuando murió el padre, también la madre lo hizo pues es precisamente lo que pasó en su familia, cuando su padre muere, su madre se deprime y se encuentra incapacitada para realizar muchas cosas como el cumplir con sus funciones maternas, esto puede llegar a causarle enojo a M, deseando la muerte de ésta.

Sesión 43: M escenifica la escena donde el padre de los niños muere, Mike recuerda que era pequeño cuando murió, en su agonía le dijo que se sacrificó por ellos para verlos crecer, no deseaba que los malos les hicieran daño, Mike le grita a su papá: “papi, papi, por favor no te mueras”. Mike recuerda lo sucedido antes de la muerte de su padre, Milhouse los llamó para que lucharan pero su padre no quiso pues sabía la malicia de Milhouse, pensaba que los utilizaría y después los mataría. Su padre lucha con Milhouse y muere, al hacerlo le dice a Mike “vete y cuida a tus hermanos, quiero que seas valiente hijo, vayan con los dinosaurios, ellos los aceptarán, váyanse... los acompañaré hasta donde pueda”..

Cuando el padre lucha con Milhouse, le dice a éste último que defenderá a sus hijos y no dejará que los dañe, lo golpea con fuerza, al final Milhouse avienta al padre a un barranco.

Mike y sus hermanos corren, siguiendo las instrucciones de su padre. Cuando Mike ve a su padre morir, dice que matará a Milhouse aunque le cueste la vida. Al crecer Mike se dirige a Milhouse y lo confronta, uno de los hermanos de Mike le dice que se detenga diciendo “espera, crees que con violencia matarás a Milhouse, detente, eso no va a arreglar las cosas”.

Posteriormente Mike se duerme y tiene pesadillas, sueña repetidas veces cómo Milhouse avienta a su padre y él se enoja diciendo “maldito, maldito, maldito”. Le reflejo que Mike está muy enojado y es válido pues se ha ido alguien a quien quería mucho. Le pregunto si él alguna vez ha soñado con su papá, M dice que no. Mike continúa con las pesadillas y tiene calentura, sus hermanos tratan de despertarlo pero no pueden. Mike grita “papá, papá, papá, papaaaaaaaaaaaaaaaa... no... no... no...no...nooooooooooooo”, M refiere que le duele mucho el pecho a Mike y se está comenzando a morir por el golpe tan fuerte que recibió, sueña y alucina con las muertes de sus amigos y su papá. Los hermanos gritan: “Mike por favor despierta, Mike, Mike, Mike... Ah no, ya le subió otra vez la temperatura”. Comento que para Mike la muerte de su padre fue un golpe muy fuerte, siente mucho dolor, es tanto el dolor que siente puede morir.

Mike grita “no, no, no, nooooooooooooooooooooooooooooo”, posteriormente sueña como si fuera real que matan a sus hermanos; le menciono que al parecer le da miedo perder a todos los que quiere. Mike grita “no, no, no, nooooooooooooooooo... a mis hermanos nooooooooooooooooooooo, malditooooooooooooooooooooo”. M comenta que Mike despierta pero sus ojos están rojos, su corazón se debilita, Mike continúa con las imágenes de los ataques contra sus hermanos, posteriormente se imagina algo más feo, aparece el padre diciendo “Mike por qué no los protegiste, te lo pedí, te lo pedí... papá nooooo, perdón, perdón, te defraude, perdón, por favor, nooooo... No eres mi hijo...no papá nooooooooooooooooooooooooooooo. Le comento que Mike es un niño y no tiene la

responsabilidad de cuidar a sus hermanos, posiblemente su padre quiso encargar a sus hijos con un adulto. M comenta que todos los adultos habían sido embarcados, no había nadie más que Mike y por eso el padre se lo pide a él. Le menciono que al parecer el único en ese momento a cargo era Mike, pero él no tiene la responsabilidad de cuidar a sus hermanos pues es un niño como ellos y deben ser cuidados por adultos. M toma la figura del padre, quien dice “No mereces ser mi hijo ... No papá, noooo, por favor... no mereces ser mi hijo... no papito... ya no tendrás a nadie todos te van a odiar”. Le menciono que posiblemente aunque Mike se imagine eso su papá jamás le diría esas palabras. Mike comienza con ataques al corazón, está a punto de darle un paro cardíaco. Le menciono que al parecer le duele bastante aquellas cosas que se imagina.

Se observa el temor recurrente de M por perder a sus seres queridos, percibe que si lo hace será su culpa, tiende a responsabilizarse de lo que ocurre en su familia al considerar que como no está su padre, él debe hacerse cargo. Deja ver su fantasía sobre el miedo y la ansiedad que siente al percibir que tiene la misión de proteger a todos y no poder realizarla, con lo cual su padre se sentiría decepcionado, por un lado M fantasea que si su padre estuviera vivo le ayudaría y protegería pero por otro lado percibe que podría sentirse decepcionado. Deja ver el dolor que siente ante la pérdida de su padre. Parece ser que M trata de resignificar la pérdida de su padre al pensar que él murió sacrificándose por sus hijos, “se sacrificó para verlos crecer”.

Sesión 44: M percibe que falta el arma de la niña verde, le propongo utilizar la linterna como si fuera un arma, M continua buscando, me pide que la busquemos en el mueble, le digo que eso nos llevaría tiempo pero si desea podemos buscarla, después dice: “puede buscarla para la próxima sesión por ahora yo tengo mi imaginación, el arma será una linterna con láser”, le digo que él ha resuelto, imaginando cómo si estuviera el arma.

M dice que hay perros cachorros y tienen miedo de que los deje el líder, pregunto por qué los dejarían, él responde que para librarse o para salvarse, le pregunto si el líder los dejaría, M dice “no, no los dejará, jamás va a morir, hasta que sean demasiado grandes, entonces se irá al paraíso, para allá arriba”.

Comienza la pelea entre los perros cachorros y el león, un perro se anima a atacar al león pero no lo vence, cada uno de los perros ataca al león pero nadie logra vencerlo, le menciono a M que posiblemente ellos algún día puedan vencerlo, confiando en sí mismos. Le pregunto qué pasa con los perros que no logran vencer al líder, M dice que no se concentran y no pelean con fuerza por estar pensando en su miedo a que el líder muera; menciono que posiblemente les hace falta perder el miedo

Al final ganan los buenos, M va metiendo a la caja, a los personajes malos, conforme van muriendo. Posteriormente toma a Mike quien pregunta a su hermano si cree su papá estaría orgulloso de él o estará decepcionado, habla sobre sus visiones que tuvo el día anterior, el hermano le dice que no se preocupe pues seguramente papá estaría orgulloso de él. Le menciono a M que seguramente su papá también estaría orgulloso de él pues tiene muchas cualidades y es un niño muy esforzado.

Se observa nuevamente el miedo recurrente de M por perder a sus seres queridos, durante el juego deja ver como sus pensamientos recurrentes sobre la muerte del padre no le permiten concentrarse para realizar ciertas cosas, en ocasiones tiende a tener mucho miedo de realizar algo al considerar que lo hará mal y su cuidador lo rechazará. En esta sesión M logra reemplazar un arma por otra, utiliza el “como si” y no lo pierde como en otras sesiones, donde vivía como real lo ocurrido en el juego. También trata de tranquilizarse así mismo sobre sus pensamientos recurrentes de culpa y desvalorización al mencionar que el padre de Mike estaría orgulloso de él, se le reconocen sus cualidades con la finalidad de que pueda reconocerse y darse cuenta de que puede ser una persona valorada por otros, para que introyecte lo bueno y disminuir su percepción de que todo lo bueno lo pierde debido a sus impulsos destructivos.

Sesión 48: M durante su juego habla de la muerte de los padres y de una máquina que puede revivirlo. Al terminar la historia le menciono que probablemente a él le gustaría que hubiese una máquina para revivir a su padre pero eso no es posible, M pregunta si él podría crear esa máquina, se le dice que las personas muertas ya no regresan, se menciona que aunque ya no lo pueda ver podrá recordarlo, M dice que él no conoció a su papá, se le menciona que podría preguntar a su mamá cómo era e imaginar aquellos momentos, M me comenta que su madre le dijo que su papá no lo deseaba y le pidió a su madre abortar. Le digo a M que su madre lo dijo pues estaba enojada, le menciono que ella me hizo saber esto. Le hablo de las cosas positivas que ha mencionado la madre sobre el padre, p.e que se emocionó mucho cuando lo cargó por primera vez.

M dice que él podría irse con su padre, le pregunto cómo, él responde “pues si los dos estuviéramos muertitos” posteriormente dice “yo me salvé, pude haber muerto cuando me caí de las escaleras”. Le menciono es un niño muy fuerte que ha logrado sobrevivir a las adversidades y mostrar sus habilidades, también hablamos sobre su idea de re-encontrarse con el padre, se le hace ver que no porque él muera va a poder ver a su padre, también se comenta que posiblemente a su padre le gustaría haberlo visto vivir muchos años.

Se le dice que él puede encontrar a alguien que lo proteja como lo haría su papá, p.e su abuelo. M dice que su mamá está enojada con su abuela y ahora ya no puede ver al abuelo, refiere que lo quiere mucho pues es muy bueno y lo trata bien.

Se observa nuevamente la recurrencia de M en cuanto a su incredulidad de que la pérdida de su padre Daniel sea permanente, muestra deseos de re encontrarse con él, para ello piensa que él podría morir también. M deja ver su dificultad para elaborar la pérdida del padre al no haberlo conocido y al escuchar comentarios confusos de su madre que lo desorganizan, como cuando le dice que su padre deseaba abortarlo, para que M pueda elaborar la pérdida es necesario tener recuerdos positivos de la persona muerta sin embargo no posee ninguno y su madre le refiere negativos, lo cual produce en M cierta ambivalencia y gran culpa, pues por un lado puede sentir enojo de que su padre deseará abortarlo y tener pensamientos negativos acerca de él, por otro lado parece sentir tristeza al no poder estar con él. Como se mencionó en el capítulo 3, diversos autores han

encontrado que si se tuvo una relación ambivalente el niño puede incrementar sus sentimientos de enojo y ansiedad, cuando hay una relación ambivalente los niños tienden a sentirse más culpables, abandonados o deprimidos. Un niño con apego inseguro, ante la separación puede presentar reacciones exageradas y miedo a una nueva pérdida.

Sesión 49: El personaje Mike busca a su papá, sus demás hermanos también lo buscan, todos los niños desean ir con él papá y decirle cuanto lo quieren, recuerdan que anteriormente murió por ellos y lo perdieron pero ahora no desean perderlo, desean externar todo su amor hacia él, piensan en la dificultad que tuvieron para rescatarlo, así que no lo dejarán morir otra vez. Le comento a M que aunque su padre no esté con él puede encontrar a alguien que cumpla con las funciones de un papá, como lo ha sido su abuelo.

Posteriormente llega Benny (hermano de Mike), quien le dice a Mike “la otra vez casi tú te mueres y dices que te quedaste con tú vida, casi tú te mueres... Te mataré”, comienzan a pelear Benny y Mike. Benny dice “casi la vez pasada te mueres y otra vez quieres volver a poner en riesgo tú vida”, Mike contesta “no la puse en riesgo, salté”; le menciono que al parecer eso le enoja a Benny. M en voz del personaje Benny vuelve a decir “casi tú te mueres”, Mike le responde “y qué yo estuve peleando y tú te quedaste ahí en la Isla”. Posteriormente llegan los star wars. Le menciono a M que estoy de acuerdo con Benny en sentir enojo cuando una persona que queremos arriesga su vida, pues en ese momento no piensa en cómo nos sentiríamos nosotros si no estuviera. M dice que Mike si pensaba en ellos pues si no se hubiese lanzado, todos hubieran muerto, no deseaba que muriera toda la Isla y a los que quiere, ya que ese camión tenía muchas armas para el enemigo y debía ser destruido. Le menciono que pareciera Benny se espantó, M dice “nooo, lo que dijo fue – estás tonto hermano, te mataré”, le menciono que posiblemente le enoja. Le pregunto a M qué le enoja tanto a Benny, M responde “que se lanzará en un auto solito, porque pudo haber muerto en el avión”, le menciono que posiblemente Mike quiso salvar a todos pero no pensó en que Benny se enojaría al ver que arriesgaba su vida, M responde que Mike sabía que Benny se enojaría pero si no lo hacía iba a morir en la Isla y su padre y hermanos morirían.

Benny está muy enojado y decide unirse al mal y matar a todos sus hermanos, ahora le pedía a Dios que se muriera su hermano por obra de Satanás, debido a ese enojo y por unirse al mal, nuevamente matan al padre y todo queda destruido. Le pregunto a M qué le habrá pasado a Benny que comenzó a sentir mucho enojo, M responde “que le pidió a Dios pero a lo mejor le escuchó Satanás y por eso lo ayudó a matar a su hermano”, le pregunto por qué deseaba matar a su hermano, M responde “es que como él se lanzó al principio, dijo- maldito espero que te mueras- casi te matas.. Como él se quería matar pues Benny también quería matarlo ya”. M menciona que todo lo de Benny había sido un sueño, en realidad no se cambió al lado de los malos. Le menciono a M que posiblemente Benny estaba muy enojado y tenía razón en estarlo, posiblemente él piensa que si se enoja demasiado, todo podrá ser catastrófico y todo terminaría destruido, sin embargo eso es un sueño y no por enojarse todo eso ocurrirá.

Le comento a M que la sesión está por finalizar. Mike se toma una planta medicinal y se salva. Al final todos pelean y gana el equipo de los buenos. Posteriormente recogemos, mientras lo hacemos le menciono nuevamente a M que Benny tenía razón en estar enojado, M refiere que sí pero iban a sufrir varios por su enojo. Le menciono que puede expresar su enojo sin que eso se haga realidad, puede expresarlo de formas que no hagan sufrir a los otros o a él mismo.

M parece re significar la pérdida del padre, al considerar que una persona puede arriesgar su vida, llegando a morir, con la finalidad de salvar a otros, sin embargo dicha persona deja del lado el enojo que les produce a los otros que haga eso, parece comprender las dos posturas. Lo antes mencionado se relaciona con el suicidio, aunque la madre de M no le ha dicho que su padre se murió por suicido, posiblemente M ha pensado en esa posibilidad cuando se le dice que su padre murió de depresión. M muestra su enojo ante la situación y trata de comprender la postura del que trata de quitarse la vida al considerar que es lo mejor para que él u otros estén bien. Se observa que M no muestra su enojo ante las pérdidas al percibir que sus impulsos pueden causar un gran catástrofe y llegar a perder a alguien más, se le aclara que lo que piensa cuando está enojado no se hace realidad, ya que esto parece aumentar sus sentimientos de culpa.

Sesión 55 y 56: Durante estas sesiones se anuncian las vacaciones, así como algunas modificaciones en el material que M utiliza en sus sesiones. Debido a que algunos juguetes que utiliza M en sesión ya no estarán, pues al terminar la maestría se los llevará la otra terapeuta, a quien le pertenecen; considero conveniente avisarle a M que jugaremos con dichos juguetes ésta y la siguiente sesión, pero regresando de vacaciones ya no estarán pero podemos reemplazarlos por otros, M pregunta la razón, le menciono que cada dos años ingresan nuevas terapeutas infantiles y las que estábamos antes, tenemos que desocupar el mueble de juguetes, llevándonos los juguetes, por lo que la otra terapeuta se llevará sus juguetes, le menciono cuales son míos que podré traer en una maleta cada que tenga sesión con él. M comienza a sollozar refiere que a él no le gusta reemplazar sus juguetes y que sin los niños con los que jugaba en su historia ya no tendrá sentido, se le hace ver que los juguetes pueden ser reemplazables pero las personas no y posiblemente cuando él pierde a una persona que quiere mucho no piensa en reemplazarla y así será, pues siempre ocupará un lugar especial y la recordará. M menciona que ya no será lo mismo sin todos los juguetes, refiere que ahora todo le parece aburrido.

M dice “si pero no pensé que los niños ya no iban a estar, así ya es aburrido, ya no es nada”, se le hace ver que él tiene imaginación y puede continuar sus historias aún a pesar de la ausencia de algunos juguetes, también le comento que yo podría buscar algunos juguetes similares a los que utilizaba, le hago ver que a pesar de existir algunas soluciones él opta por pensar que ya no se puede hacer nada y deja de jugar y de divertirse, aunque podría seguir haciéndolo.

M toma a los niños y dice “tal vez podríamos comprar unos igualitos, yo conozco una tienda donde los venden, voy a ir y te aviso si aún están para que los compres”, le menciono que no debe preocuparse pues yo haré el

intento por buscar algunos niños similares aunque no le prometo que sean iguales. M toma a los niños, unos a otros se dicen “¿quieres un clon?... yo sí... yo no”.

Posteriormente decide jugar. Se finaliza la sesión y le hago ver a M que al final pudo crear una historia con los juguetes y pensó en reemplazarlos por algunos que sean parecidos, le hago ver nuevamente que los juguetes son objetos y pueden ser reemplazados a diferencia de las personas, le menciono que yo seguiré esperándolo y acompañándolo aún cuando él decida jugar o no jugar, pues él es importante no sólo por las historias que hace sino simplemente por ser M.

En la sesión 56 le llevo algunos muñecos nuevos, M se muestra alegre y menciona que cuando los otros muñecos ya no estén los reemplazará por los nuevos, aunque esos están más grandes, se queda pensando, posteriormente me dice que al regresar de vacaciones podría jugar a que los niños han crecido y así podrá utilizar los nuevos.

M muestra su sensibilidad a las pérdidas, posiblemente ante el anuncio de las vacaciones y modificaciones en el material de juego, M se angustia, al pensar en la posibilidad de perder el espacio, expresa sus sentimientos de tristeza y enojo pero al final logra regularse y jugar, busca soluciones para adaptar su juego cuando algunos de los muñecos ya no estén presentes. Se observa que M va tolerando las pérdidas de los objetos. M habla de crecimiento, posiblemente percibe cierto crecimiento en sí mismo.

D) FASE DE INTERVENCIÓN FINAL

- **Vínculo con sus cuidadores principales.**

Sesión 57: Cabe mencionar que en esta sesión M regresa de vacaciones. Durante la sesión me pregunta si el guerrero ya no está, le menciono que no. En principio M dice: “el guerrero nos abandonó”, posteriormente otro personaje dice “no nos abandonó se lo llevaron a Taiti”, la conversación entre dos de los niños continúa: “A Tatiti, tan lejos sólo para eso”.... “Para combatir, tú no lo harías para salvar a esa área”.

Se observa la ansiedad ante la separación, la cual trata de manejar y continúa con su juego. A diferencia de otras sesiones donde M proyecta el enojo hacia la terapeuta debido a sus sentimientos de abandono, relacionado con un apego inseguro. En esta sesión M, ante la separación, continúa mostrando cierta ansiedad sin embargo logra manejarla, no se enoja, ni ignora a la terapeuta, se podría inferir que M va percibiendo el espacio como seguro, así como la relación con la terapeuta.

Sesión 61 y 63: M habla del maltrato de su abuela hacia él, quien le dijo que utilizaba su enfermedad (hidrocefalia) de excusa para no hacer la tarea, ya que él le decía que no podía hacerla en ese momento tan rápido como ella se lo pedía porque es lento, cuestiona la conducta de su abuela. Se habla de aquello que podría decirle a su abuela cuando eso ocurra nuevamente, así como de las dificultades de algunos adultos por expresar las emociones y afecto.

En la sesión 63 M juega que la abuela ataca a los niños, uno de ellos le dice “toma esto abuela manos de confeti”. Los buenos logran vencer a los malos, los niños dicen “lo bueno es que ganamos la batalla”. Al final llega la navidad, los Reyes les trae regalos, a uno de los niños le traen un alumbrador que sirve para matar al enemigo a muchos a Mike le traen una silla para que pueda relajarse, Mike dice “ah que relajante”.

M habla abiertamente el enojo que le produce las agresiones de su abuela, quien frecuentemente le hace sentir que él es mentiroso y abusivo, como se ha mencionado anteriormente la abuela de M tiende a ser amorosa con él pero por otros momentos es agresiva, esto produce cierto apego desorganizado en la relación. M trata de encontrar cierta explicación a la conducta de su abuela con la finalidad de buscar estructura en sí mismo. Se observa que al final de la sesión 63 refleja su necesidad de relajarse, también podríamos inferir que M se siente relajado al hablar y representar el enojo que le produce la relación conflictiva con su abuela.

Sesión 64: Le pregunto del 0 al 100% en donde ubicaría los avances del tratamiento, M muestra angustia, se tarda en contestar y dice que 4%, posteriormente dice que un 84%, le menciono que de acuerdo a su respuesta le faltaría como un 20%, después dice que va un 40%, ante su ansiedad le menciono que probablemente pueda sentirse triste o ansioso ante el término de la terapia, le comento que posiblemente terminemos en diciembre y si es así yo le seguiré hablando cada semana para ver cómo se encuentra, esto durante algún tiempo. Ante este último comentario disminuye su ansiedad.

En su juego se observa un episodio donde los malos se traicionan uno al otro, entre ellos tratan de confiar en los otros pero son traicionados, p.e. uno de los malos se para ante el rex y le dice que él fue quien mató a su hijo aunque él no había sido, se echó la culpa para tratar de defender a otro malo, éste en lugar de agradecerle lo lanza a la boca del rex. Le menciono que al parecer hay personas que no saben ser amigos pero probablemente pueda encontrar a alguien que si lo sea. En el equipo de los malos se apuñalan por la espalda, no pueden confiar. Posteriormente aparecen en escena otros dos soldados malos quienes si se ayudan y apoyan, al final pueden confiar el uno al otro, estos dos personajes ya no desean pelear contra los buenos, deciden cambiarse al equipo de los buenos.

Los personajes (Hank y Bruss) que se cambian al equipo de los buenos mencionan que ya no pueden combatir, otro personaje les grita que luchen por los padres de los niños quienes buscaban seguridad para ese lugar.

Se observa que en principio el anuncio del término de la terapia le causa gran ansiedad a M, sin embargo conforme avanza la sesión va manejando esa ansiedad, al inicio habla de traición y refleja cierto enojo, posteriormente habla de personas que sí se apoyan, que son buenas. Al final de la sesión habla de seguridad, la cual puede estar relacionada con la que encontró en el espacio terapéutico, lo que puede ayudarle a cambiar su percepción en cuanto a la relación con el otro y darse cuenta que puede encontrar personas con las que logre relacionarse de forma segura.

Sesión 65: M entra al cubículo y comenta que en la escuela no le fue muy bien, pues estaba jugando con

su hermana con una pelota y después se pelearon por ella, al final su hermana se la prestó, M por distracción perdió la pelota y refiere “lloraba en su interior” pues en la escuela no puede llorar ya que los otros se burlan. Posteriormente llegó su hermana y al verlo triste le dijo que no se preocupará pues era sólo una pelota. Le comento que al parecer ella lo comprendió, M dice que sí.

En el juego Mike le encarga su perrito a su hermana para que no lo ataquen, la hermana lo cuida.

Se observa que M parece encontrar una relación menos conflictiva con su hermana, la percibe como una red de apoyo, una figura que lo puede llegar a comprender, dentro del sistema familiar caótico en el que vive. Parece ser que M comienza a transferir la seguridad que encontró en el espacio y en la relación con la terapeuta, a otros espacios, como en el familiar y específicamente con su hermana. Cabe señalar que la madre también reporta mayor alianza entre sus hijos, cuando ella llega a gritarle a alguno, el otro da consuelo o trata de defender.

- **Funciones maternas (holding, handing y presentación del objeto) de sus cuidadores principales.**

Sesión 58: Le pregunto qué ha pasado, él refiere que jugando con sus primos se ensució y su madre lo regañó, diciéndole que le avergonzaba tener un hijo tan sucio, él se sintió triste ante el comentario de su madre. Le menciono que no porque se haya ensuciado significa que es un niño sucio, le reconozco sus habilidades y le hago ver que al parecer cuando su madre está muy enojada no controla lo que dice y puede llegar a herirlo. M refiere que se sintió sucio y asqueroso.

Aunque la madre hace ciertos cambios aún se ve su dificultad por controlarse y agredir a M verbalmente, no es capaz de cumplir con la función del holding, contener a su hijo y devolverle una imagen positiva de sí mismo, esto puede estar con su propia dificultad de asumirse como madre, debido al conflicto significativo con su propia madre.

Sesión 60: Continuó reconociendo sus cualidades, M dice que sus compañeros y primos son más rápidos que él, además su madre se avergüenza de él por no ser tan rápido, por no escribir bien, por no escuchar bien, por distraerse con facilidad, en muchas ocasiones se lo dice, aunque después se retracta, refiere que eso lo impulso a representar a un niño héroe en una obra que se presentará en su escuela, dice sentirse triste porque cuando bailo ninguno de su familia lo fue a ver, ni su mamá, ni su papá J (abuelo), ni su abuela, todos llegaron tarde y ya no lo vieron, desearía que su madre observará la representación de niño héroe que hará y lograr que se sienta orgulloso de él, su madre ya le dijo que no podrá asistir al evento, le comento que alguno de sus familiares podría grabarlo para que su madre u otros familiares puedan observarlo después, así también se reconoce su sentimiento de tristeza y enojo, ante el hecho.

Felicito a M por su esfuerzo de representar a un niño héroe, él comenta que únicamente otro niño también será niño héroe y el padre de ese niño conoció a su papá D, menciono que él podría hablarle de su papá, M menciona

que no le habla, le propongo que le pregunte a su madre sobre su papá, M recuerda que su madre le ha contado a su padre le gustaba la música, los poemas, etc. Le pregunto si desea que invitemos a su madre a sesión algún día para que le pregunte más cosas sobre su padre, M dice que eso no le gustaría. Posteriormente menciona que ahora su padre es papá José, aunque él está enojado, recuerda que su abuela también se enojó y lo lanzó contra la puerta, le hago ver la dificultad de su familia por controlarse así como la posibilidad de que rompa con ese patrón, M pregunta ¿pero qué no dicen que de tal palo tal astilla?, le menciono que hay muchos dichos, incluso contrarios a ese como p.e “quien persevera alcanza” si él desea ser diferente a su familia podrá lograrlo si persevera en ello.

Nuevamente se observa la incapacidad materna para devolver una imagen positiva a M, anteriormente M introyectaba las cosas negativas que le decía su madre sin cuestionarlo, actualmente sí lo hace, expresa su tristeza ante los comentarios de su madre y trata de afrontar la situación, mostrando cierta fortaleza en sí mismo. En esta sesión refleja el poco sostén que percibe del sistema familiar. Se observa la necesidad de cuidadores que cumplan con su función, llega a idealizar que pudo haber sido su padre D (muerto), sin embargo piensa en la posibilidad de que su abuelo puede cumplir con dicha función.

Sesión 64: Me comenta que le ha ido bien en la escuela, refiere que ya se sabe las tablas, me dice la del nueve, le reconozco su habilidad. Le pregunto cómo le ha ido con la hidrocefalia, menciona que todo bien y normal, le pregunto cómo le ha ido con sus primos, menciona que no se ha peleado con ellos.

Le menciono que en este espacio ha aprendido varias cosas como el defenderse, decir lo que le gusta y no le gusta, que aunque su papá no esté con él puede recordarlo, además ya no se ha deprimido. M comenta que si se ha llegado a deprimir cuando escucha canciones tristes, se le hace ver la diferencia de llorar por algunas cosas a sentirnos tristes todo el tiempo y no tener ganas de hacer nada.

Posteriormente dentro de su juego Tarzán se dice a sí mismo que él es fuerte y puede pensar por su cuenta, Milhouse lo escucha y le dice que no sobreviviría pues no tiene una tropa como él, Milhouse tortura a Tarzán, este último continua pidiendo explicaciones de su actuar a Milhouse, este dice que le gusta el mal. Tarzán dice que puede ser más fuerte que él en su corazón,.

Se le reconocen sus habilidades, devolviendo una imagen positiva de sí mismo, se le hace ver lo que ha logrado obtener del espacio terapéutico. Posteriormente en su juego deja ver la fortaleza que logra percibir ahora en sí mismo, la cual no podía ver en un inicio. Se observa que el espacio terapéutico y la relación con la terapeuta cumplen con la función de holding. .

Sesión 67 y 68: Mike golpea a Max pero este lo vence, Mike comienza a hablar con su niño interior, quién le dice que no debe rendirse y que él puede vencer a Max, “tú tienes que lograrlo”.

M toma a los hermanos y refiere que vuelven a intentar la patada que hacían en su infancia, en esta ocasión si lo logran. Se menciona que aún siendo adulto lo ha logrado. Mike menciona que aún no es anciano y espera que si algún día muere pueda ver a su padre, se menciona que podría recordarlo.

En la sesión 68 Mike le dice a sus hermanas “tranquilas estoy bien, solo quisiera que me reconocieran”, las niñas le reconocen sus habilidades. Mike dice “soy muy fuerte y no me voy a rendir”, llega uno de sus hermanos y lo ayuda, Mike le dice “no me ayudes”, su hermano le dice a Mike “yo ya soy grande y yo elijo lo que quiero hacer, así que te ayudaré”. El hermano le ayuda a Mike, sus hermanas también lo hacen.

Se observa que M comienza a diferenciarse, a reconocerse a sí mismo y a percibir que puede obtener cierto apoyo así como fortaleza de sí mismo, refleja la necesidad de contenerse por sí solo, esto se relaciona tanto con la función del holding , así como el handing correspondiente al “yo hago”.

Última sesión: M juega nuevamente a la batalla entre M y sus hermanos contra la otra tropa, en esta ocasión el gobierno apoya a M y envía al ejército para que lo ayuden contra Milhouse. Cabe señalar que durante la sesión, M habla de apoyarse los unos de los otros, de entrenarse y ser fuertes por si en algún momento llega a resurgir Milhouse.

Se observa que M percibe el apoyo y la contención adquirida tanto en el espacio terapéutico como en el mundo exterior, es importante señalar que M tiene una beca de parte del gobierno debido a la hidrocefalia que presenta, parece que M llega a percibir esta beca como un apoyo del ambiente, ahora se da cuenta que no está solo y puede enfrentarse a las diversas adversidades, con el apoyo de los otros.

- **Criterios de duelo patológico**

Sesión 57: Al final de la sesión pelean buenos y malos, M no sabe si pelearán la versión de los niños o los adultos, refiere “¿vamos al pasado o al futuro?”, después decide ir al pasado, uno de ellos dice que venció al enemigo en el futuro, ganan los buenos.

Cuando se finaliza el juego, M dice “en serio nunca los olvidaré niños, son muy importantes y espero haya oportunidad de regresar a ser niños de nuevo, extrañaré sus caras, están listos para irse, listos, listos” “Adiós, adiós”

Se observa cierta tristeza ante las pérdidas, sin embargo al final el juego refleja cierta aceptación, percibiendo que continuará recordando y valora lo positivo, cabe mencionar que anteriormente se enfocaba en lo negativo de su relación con lo perdido u otros aspectos negativos, como la forma catastrófica de las pérdidas.

Sesión 58: Al final de la sesión M refiere que su tortuga murió, su hermana y primas la enterraron pero él no sabe dónde, se le sugiere preguntarle a sus primas para que le lleve una flor si lo desea, le escriba una carta y la deje donde la enterraron. M menciona que ni siquiera le puso un nombre, posteriormente recuerda que su nombre era Hulk pero pensaba que era un nombre muy infantil, aunque a él le gusta mucho Hulk. También

refiere que no tiene una foto de su tortuga, le comento que él puede recordar cómo era aunque no tenga la foto. Posteriormente noto que sus ojos se llenan de lágrimas, le pregunto qué sucede, él responde que recuerda uno de sus tíos que murió, piensa que si ese tío no hubiese sido asesinado su papá no habría muerto. Habla de la familia de su padre, refiere que tiene muchos sobrinos a los que no conoce, sólo tiene comunicación con su abuela paterna.

Se continuó observando sentimientos de tristeza ante las pérdidas, así como su necesidad de responderse ciertos cuestionamientos p.e. ¿Dónde está enterrado su padre?. Cabe señalar que al final de la sesión se le pregunta si visita la tumba de su padre, él responde que no sabe donde se encuentra y su madre muy pocas veces lo ha llevado.

Sesión 61: Hablamos de las personas y animales que han partido, le menciono que le han dejado recuerdos lindos de sí mismos. M muestra dificultad por recordar eventos lindos con sus perros que han partido, se queda fijado al recuerdo de la muerte, mencionando cómo murieron, refiere que a uno de ellos lo asesinaron, lo cual le parece muy injusto, se le hace ver que es normal sentir enojo y tristeza ante dicho evento, M se pregunta ¿por qué tuvieron que matar a su perrito?, se menciona que no es justo aquello sucedido con sus perritos. M refiere que no le gusta perder a sus animales, piensa en la posibilidad de perder a su perro actual, le da miedo que se pierda, se lo lleven a la perrera o lo maten.

Le hago ver a M como se centra en lo negativo (la forma en cómo mueren sus seres queridos), olvidando así los recuerdos lindos con esas personas.

M cometa que sus perritos fueron sus amigos y se emocionaban cuando lo veían, además uno de sus perritos comía de todo y era agresiva, él le enseñó a no serlo pero entonces su abuelo la echó a la calle porque quiere a perros que defiendan el terreno pues los comuneros le quieren quitar las tierras a su abuelo. M se pregunta ¿por qué los comuneros son así?, se comenta que así como hay gente preocupada por obtener tierras con arduo trabajo, otros quieren hacerlo de forma fácil y eso no es responsabilidad de nadie más que de sí mismos.

Posteriormente se habla de su padre, M dice “yo sólo vi a mi padre una vez cuando era bebé, después me lo arrebató la vida así como a mis perritos, no es justo”. Se le platica a M sobre otros niños que han perdido a sus padres. M escucha con atención, se muestra interesado. M me pregunta ¿por qué la vida nos arrebató a nuestros papás?, le mencionó que eso no lo sé pero pienso que a esos padres les gustaría que sus hijos los recordarían con cariño. Comento sobre los sentimientos de tristeza y enojo que he observado en esos niños, lo cual es normal.

M presenta acceso de llanto y dice “Mi abuelo J me quiere como si fuera su hijo” “yo soy su hijo de papá J”, mencionó que él ha encontrado en su abuelo un padre. M expresa su tristeza, refiere que en ocasiones lucha por no llorar, se le hace ver que llorar nos libera, M dice que no es bueno llorar siempre, le comento que en la medida que él hable sobre su padre y pregunte sus dudas él va a poder sentirse mejor a lo largo del tiempo. M refiere que se ha preguntado ¿cómo era su papá? ¿Cómo murió?, menciona que su tío y madre le han dicho que

se murió de la enfermedad de depresión la cual es una enfermedad de la tristeza, se le pregunta si sabe si su padre murió en una cama, se cayó o cómo fue, M dice que sólo sabe que se murió de tristeza y por esa razón él no quiere llorar, se le hace ver que él es diferente a su papá.

M externa su preocupación porque su hermana muera u otro ser querido, se le hace ver su preocupación por que sucedan nuevamente ciertas pérdidas, se comenta que podría disfrutar el momento en que hoy está con ellas. También se le sugiere preguntar a su madre o tío sobre las dudas que tenga de su padre pues aunque esto le resulte doloroso y llore esto podrá ayudarlo a sentirse mejor, posiblemente tendrá que llorar muchas veces pero a lo largo del tiempo va a sentirse mejor, lo recomendable es no dejar de hablar de esos seres queridos y de sus dudas en torno a éstas. Se menciona que en sesiones posteriores podremos hablar de sus dudas si así lo desea.

M pregunta a dónde van las personas cuando mueren, se le comenta que nadie sabe con exactitud a dónde van lo que sí se sabe es que su cuerpo deja de funcionar, ya no pueden oler, ya no ven, ya no escuchan, ya no sienten. Se le aclara que los muertos ya no regresan a este mundo.

M logra recordar algunas cosas positivas de los objetos perdidos, aunque aún muestra dificultad por hacerlo. Se observa nuevamente sus dudas en torno a la muerte de su padre, lo cual parece influir en su dificultad para elaborarlo, debido a la dificultad de la madre por hablar del tema. Se le responden a M sus preguntas con la finalidad de disminuir la ansiedad en él. Se observa que M presenta la necesidad de encontrar una nueva figura que cumpla con la función paterna, identifica como tal al abuelo. Deja ver su miedo recurrente a perder a otros seres queridos, así como miedo a su propia muerte al identificarse con la depresión del padre.

Sesión 68: Le pregunto cómo se siente en relación a su fiesta de graduación, M dice que bien, alegre. Se le menciona que podemos llegar a sentirnos tristes o enojados y eso es normal.

Le pregunto por qué se siente feliz, M dice “de que ya no chillo tanto como antes por mi papá, yo un día me fui de aquí llorando porque mi mamá me dijo que mi papá J no tenía control sobre mí, eso me entristeció porque mi papá está muerto pero yo intento de remplazar con mi papá José, yo se que nunca se va a poder reemplazar mi papá” se le menciona que él necesita una figura paterna la cual puede ser J. Posteriormente dice, la próxima vez en el juego se mostrará cómo le ha hecho Tarzán para mantenerse tan fuerte, se le menciona que él también es una persona muy fuerte.

“Papá J es muy bueno y me quiere mucho, aunque a veces me hace comer cosas que no me gustan como el pescado, chayote y la calabaza pero lo hace por mi bien”.

M refiere “tengo dos mamás y un papá porque mi papá Daniel se murió, él no estaba listo para ser papá pero también lo quiero mucho”

Se le pregunta ¿quién le dijo que no estaba listo para ser papá? M dice “mi mamá, él me quería abortar porque no se sentía preparado para ser papá”, se le menciona que posiblemente su papá se sentía confundido... M interrumpe diciendo “pero él si me quería porque me soñó una vez tocando una canción”, le menciono que su

papá si lo quería y que si su madre lo hubiese abortado su padre se hubiese puesto muy triste al igual que su mamá.

Se menciona a M que él me ha contado que su papá murió de depresión, aunque no me ha dicho cómo, le comento que su mamá alguna vez me comentó algo que su hermana le había dicho a él sobre eso. M menciona “papá murió de depresión porque se murió su hermano menor y él se sintió muy triste y ese dolor lo mató, se deprimió mucho”.

Le menciono que su madre me comento su curiosidad por saber si su padre se suicidó, le pregunto si sabe que es suicidar, M dice “si, cuando tú te matas”, le pregunto si su papá se suicidó, M contesta “no, mi papá entro al cielo”, se le menciona que cuando una persona se suicida no entra al infierno, pregunta si existe el infierno, se le dice que nadie sabe, comento que Dios conoce los corazones de quienes se suicidan, sabe las cosas buenas que hicieron y les permite entrar al cielo, se comenta que la gente que se suicida no es mala, sino que en ese momento se dejaron llevar por la tristeza y no encontraron la forma de sentirse mejor.

M deja ver que ha encontrado en su abuelo aquella figura paterna que necesita. Muestra sus sentimientos de enojo y tristeza ante la imagen de su padre muerto, que le ha reflejado la madre.

Última sesión: *En esta sesión se observa la ausencia de criterios de duelo patológico, pues M al hablar de las pérdidas durante su juego, dice: “Hemos perdido muchos amigos en estas batallas, nuestros padres murieron pero también hemos encontrado nuevos amigos y una nueva familia”. Con lo mencionado por M se puede observar la re significación de la pérdida y la oportunidad que se da para establecer otros vínculos. Ante el final de la terapia M expresa sus sentimientos de tristeza y enojo, así también su alegría al percibir que ha crecido, reconoce sus logros y dice estar preparado para nuevas batallas.*

DISCUSIÓN

Para finalizar el presente trabajo, se considera pertinente abordar el último objetivo a modo de discusión, dicho objetivo trata de **describir la posible relación entre las fallas en el vínculo y funciones maternas según Winnicott en la dificultad para elaborar el duelo de M, presentando así un duelo patológico.**

Bowlby (1968) refiere que la separación de un niño pequeño de su amada figura materna precipita, por lo general, procesos de duelo de índole patológica, en el caso de M., se observa que a partir del suicidio del padre, la madre se separa de su hijo e incluso lo rechaza, lo cual puede estar relacionado con el duelo patológico que presenta M ante el conocimiento de la muerte de su padre pues su madre le comienza a hablar sobre está a partir de los 4 años. Es importante mencionar que dentro del duelo patológico existen múltiples factores determinantes, entre ellos el funcionamiento del padre sobreviviente y su habilidad parental, así como el proceso de duelo del padre sobreviviente, cabe señalar que la madre de M tendía a hablarle negativamente de su padre, cuando M lloraba al ver que los otros niños tenían papá y él no, su madre presentaba dificultad por comprenderlo, se enojaba y le gritaba “no entiendo por qué lloras tanto por tu padre si no te quería, deseaba abortarte, además nunca lo conociste”, la Sra. E menciona sentía enojo por el suicidio de su pareja, así también por haberla dejado cuando nació M. Los comentarios negativos que la Sra. E le reporta a su hijo sobre su padre muerto puede influir en la complicación del duelo, pues M, a través de dichas verbalizaciones establece un vínculo ambivalente con su padre muerto, por un lado dice quererlo, anhela su presencia y por otro lado muestra enojo al pensar que éste no lo quería, lo antes mencionado se refleja en el juego de M, donde las figuras parentales llegan a matar a sus hijos, quienes muestran enojo, miedo y tristeza, hay angustia ante el aborto, esto se refleja en la sesión 27 y 29 donde la madre Úrsula deja morir a su hija, se observa la incapacidad de las figuras parentales para cumplir con sus funciones maternas y contenerlo. En otra de las sesiones M habla del amor del personaje Mike hacia su padre. Se infiere que M presenta un duelo melancólico, en el cual según Tizón (2007) en el melancólico, en el depresivo, la fijación del sujeto sádico oral, con la ambivalencia que ello comporta (odiar al objeto que proporciona el placer y alimento) dificultará de forma importante la elaboración de pérdidas. En la salida melancólica, como en casi todas las elaboraciones insuficientes, coincidirán un alargamiento del trabajo de duelo (externamente, un alargamiento de la desesperanza y el desapego) y una elaboración alterada del mismo, con fijaciones en momentos precoces o intermedios de los procesos de duelo. No se llega a la reintroyección en una nueva posición de lo perdido en el mundo interno. En el duelo normal, sabemos qué es lo que lloramos y por qué nos entristecemos, el melancólico no es consciente de qué es lo que en realidad ha perdido, aunque se siente dominado por una vaga sensación de pérdida y abandono. Es característico de las melancolías desencadenadas tras una o una serie de pérdidas externas que el melancólico se autorreproche su incapacidad, frialdad o irresponsabilidad frente a los objetos lo cual le llega a ocurrir a M pues

tiende a reprocharse así mismo, en alguna de las sesiones dice que tiene manos de martillo pues todo lo que toca lo daña, hace referencia a sus animales, quienes se le han perdido o muerto, menciona que todo lo que quiere lo pierde.

Tizón (2007) refiere que las dificultades importantes en las relaciones madre-hijo tempranas o un destete inadecuado o prematuro pueden reforzar o determinar formas de placer muy primitivas, o bien temores profundamente introyectados en la estructura del yo, además si hay errores en el proceso de separación individuación habrá repercusiones en la autoestima, marcha segura y separatividad. En el caso de M el destete se hizo de forma brusca, pues a partir del suicidio del padre, la Sra. E deja de darle pecho a su hijo, con respecto al proceso de separación individuación se observa que en principio la madre se encuentra muy apegada a su hijo, sin embargo cuando se entera del suicidio del padre lo rechaza y se deprime, tiempo después muestra culpabilidad y funge como una madre sobreprotectora, lo cual no le permite a M marchar con seguridad y separarse de ella, esto repercute en las experiencias de duelo, pues ante éstas M se muestra muy inseguro e incapaz de manejar la situación. El autor antes mencionado comenta que es la madre o persona sustitutiva la que proporciona los apoyos fundamentales para soportar la pérdida y el dolor, esto explica la dificultad de M por afrontar las diferentes pérdidas, ya que no cuenta con una figura segura que proporcione dichos apoyos, tanto con la madre como con sus otras figuras cuidadoras (abuelos) presenta una relación conflictiva, en ocasiones lo apoyan y en otras lo agreden. Tizón (2004) considera que si las pérdidas son adecuadamente contenidas y ayudadas a elaborar, a largo plazo afectarán menos, el niño necesita a lo largo de todo su desarrollo la existencia de figuras de apego que cumplan las tareas correspondientes, en el caso de pérdidas y duelos importantes, como lo es en el caso de M (suicidio del padre, pérdida física (hidrocefalia), es imprescindible que el niño sea acompañado y contenido por seres que le proporcionen el plus de contención y defensas externas que precisará para la elaboración. M no tiene apoyo, acompañamiento ni contención debido a la gran dificultad de su principal cuidadora por elaborar su propio duelo, además de su incapacidad por narcicizar a su hijo, muestra dificultad por aceptar su hidrocefalia y retraso motriz a consecuencia de esta, constantemente se expresa negativamente de su hijo M. Hay que recordar que Tizón (2007) considera que las funciones emocionales básicas a considerar en la atención a los duelos y procesos de elaboración, son las funciones de la solidaridad o amor, la contención, la esperanza y la confianza, la madre de M muestra dificultad por cumplir con dichas funciones, tiende a desconfiar de M, al pensar que debido a su enfermedad es incapaz de valerse por sí mismo y tomar sus propias decisiones, la madre de M constantemente piensa por su hijo, no responde a las necesidades de éste, sino a las necesidades que ella cree convenientes, se observa dificultad por diferenciarse de éste, un ejemplo de lo anterior es cuando la madre de M no deja ir a su hijo con sus abuelos al estar enojada con ellos, M le pide de favor que lo deje estar con ellos, pero ella se niega, no es capaz de diferenciar su necesidad de no ver a los abuelos de M, con la necesidad de M (estar con sus abuelos).

Dentro de las principales funciones que menciona Winnicott, la que se encuentra en mayor medida relacionada con la elaboración del duelo es la función del holding, donde la madre sostiene a su hijo, lo apoya, lo contiene, es decir muestra capacidad de recibir, las comunicaciones y proyecciones de su hijo, elaborarlas en su interior y favorecer así, mediante la identificación con el objeto contenedor introyectado, la creación (o el mantenimiento) de un continente interior. Con respecto a esto es importante señalar que cuando M se entristece o se enoja, la madre no es capaz de contener dicha emoción, por el contrario responde con más enojo o muestra acceso de llanto, en ocasiones la madre se deprime y M trata de animarla, ante las pérdidas la madre de M tiende a deprimirse, llega a pensar en el suicidio, referente a esto Tizón (2007) considera que si la época de establecimiento del vínculo entre madre e hijo resulta gravemente afectada por un duelo importante ello suele llevar a un desencuentro entre las capacidades del bebé, sus deseos y necesidades de contacto, y las capacidades de la madre para aportar emociones, introyectivas, que favorezcan la introyección: amor, esperanza, confianza, contención, etc.

Cabe mencionar que cuando la madre se embaraza su pareja decide terminar con ella al pensar que no está preparado para ser papá y ante la decisión de la Sra. E por no abortar a su hijo, la madre refiere haberse deprimido cuando su pareja decide terminar con ella, en relación a esto Tizón (2007) refiere que madres sometidas a importantes pérdidas al final del embarazo o en los primeros meses del hijo, tienen mayores dificultades para establecer un vínculo seguro, así como una mayor tendencia a establecer apegos ansiosos, inseguros o ambivalentes.

En cuanto al tipo de duelo, en M se observa un duelo crónico, el cual según Payas (2010) las estrategias de conexión-confrontación con el dolor, cuya función era permitir la correcta asignación emocional y cognitiva a los aspectos de la relación perdida, se convierten en mecanismos rígidos improductivos, las emociones se transforman en estados emocionales como la tristeza crónica, la autocompasión o el victimismo, el duelo perdura en el tiempo; según dicho autor este tipo de duelo se relaciona con un estilo de vinculación insegura-dependiente. Tizón (2007) reafirma que cada vez hay más datos acerca de cómo las personas que en la infancia se desarrollaron con un apego no normal (ansioso, evitativo, ambivalente) tenderán a soportar los duelos, las pérdidas y sus anuncios, que serían vividos como amenazas de separación, es así como sucede con M, quien ante las pérdidas reacciona con una angustia significativa de separación. Bowlby (1993) expone que las personas que logran un duelo sano poseen un modelo de representación de la figura o figuras de apego, modelo según el cual éstas son accesibles, sensibles a sus requerimientos y serviciales, y posee además un modelo complementario de sí misma, según el cual esa persona es por lo menos alguien potencialmente valioso y digno

de amor, lo cual no ha sucedido con M, ya que su madre muestra dificultad por mostrarse accesible y responder a las necesidades de su hijo, tiende a agredir a su hijo y desvalorizarlo, como resultado de esto M también tiende a desvalorizarse así mismo. Payas (2010) considera que las personas con modelos de vinculación insegura han establecido estilos de afrontamiento de distorsión e inhibición para poder sobrevivir a los fracasos constantes en sus experiencias de contacto separación con los demás, y van a ser más proclives a seguir utilizándolos en cada nueva pérdida. Es por ello que se consideró de suma importancia dar contención a M, a través de la transferencia positiva con la terapeuta, supervisión del caso y psicoanálisis del propio terapeuta. La transferencia positiva favoreció para establecer un vínculo seguro con la terapeuta, buscando reestructurar la forma de vincularse con los otros, debido a las fallas en el vínculo madre- bebé existentes en su infancia.

Al inicio de las sesiones se puede observar que ante las separaciones M responde con un apego ansioso, el cual según Payas (2010) muestran intensos episodios de ansiedad de separación, durante la infancia suelen establecer relaciones de pareja de excesiva dependencia, además tienen una visión muy negativa de sí mismas, se consideran poco autónomas y confiables y suelen vivir un duelo crónico cuando las pierden. Como se observó en el análisis de las sesiones cuando había periodo de vacaciones, por un lado M mostraba agresión hacia la terapeuta dentro de su juego y por el otro era complaciente.

Como se mencionó anteriormente, uno de los focos principales de tratamiento fue la elaboración de pérdidas, el cual se logró cuando M encuentra un espacio y relación terapéutica segura, se observa que M disminuye su ansiedad ante las pérdidas al darse cuenta que hay espacios y personas que escuchan sus necesidades y no lo abandonarán como le ha ocurrido en experiencias pasadas. Dicho avance se observa cuando M tolera la pérdida dentro del juego pues anteriormente cuando perdía una parte de alguno de los personajes, se frustraba, se enojaba y dejaba de jugar, posteriormente va buscando formas de reemplazar dichas partes; elabora la pérdida del padre quien en principio era una figura a la que se le temía, se ponía en riesgo para morir, no se sentía orgulloso de Mike, lo cual le causaba culpa a éste último, llegando a pensar que era el culpable de su muerte, conforme avanzan las sesiones M refleja la figura de un padre fuerte, protector, que da la vida por sus hijos y se siente orgulloso de ellos, un padre que les deja claro a Mike que él no fue el culpable de su muerte, M resignifica la muerte del padre percibiéndolo como una figura que se sacrificó por sus hijos.

Con el presente trabajo se confirma lo dicho por diversos autores con respecto a la relación entre los diferentes estilos del doliente y la posibilidad del desarrollo de un duelo complicado (Shaver y Trancredy, 2001; Stroebe y otros, 2005; Mikulciner y Shaver, 2008; en Páyas, 2010). Se encuentra que un estilo de apego inseguro o dañado incrementa el riesgo de un duelo complicado (Dyregrov, 2008), como lo es en el caso

presentado donde M presenta una historia de apego insegura ansiosa y ambivalente a lo largo de su vida, lo cual repercute en su forma de afrontar las pérdidas, ante estas muestra ansiedad significativa, culpa, autorreproche y tiende a deprimirse, esto relacionado con las experiencias de abandono vividas durante su infancia por sus cuidadores principales, cada vivencia de pérdida la vive como un abandono de la persona amada, lo que le lleva a pensar que no es lo suficientemente valioso.

También se observa que la madre de M no favorece la elaboración del duelo, pues como menciona Tizón (2004) es la madre o sustituta, junto con el medio que ayuda en la contención emocional de esta, quien ha de ayudar a elaborar la compleja serie de sentimientos que su propia pérdida momentánea provoca, es la madre o sustituta la que proporcionará los apoyos fundamentales para soportar la pérdida, el dolor, etc. La madre de M muestra dificultad por contener a su hijo y cumplir con las funciones maternas (handing, holding y presentación del objeto), se observan fallas principalmente en el sostén, Winnicott (1987) refiere que las fallas en el sostén llevan a una ansiedad inconcebible con el contenido de : partirse en pedazos, caída interminable, completo aislamiento, ya no existe medio para comunicarse, separación entre psique y soma; podemos inferir que debido a esta ansiedad inconcebible aumentan las dificultades para elaborar el duelo y afrontar sanamente las pérdidas, esto debido a que no se cuenta con un yo integrado, al predominar las experiencias negativas sobre las malas en los primeros meses de vinculación con la madre, no se llega a integrar el objeto, pues como lo menciona Klein (en Segal, 1988), cuando predominan las experiencias malas sobre las buenas no se logra un desarrollo favorable en la posición esquizo-paranoide, por lo que perdura la ansiedad de que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y aniquilarán tanto al objeto ideal como al yo. En M se observa que en ocasiones percibe como persecutoria a su madre, así también a su padre muerto, llegando a pensar que vendrá por él y le reclamará lo malo que ha sido (esto lo reporta a través del juego en una de las sesiones).

Aunque un vínculo y funciones maternas adecuadas no son el único factor determinante para una elaboración del duelo adecuada, si son una parte fundamental, pues cuando hay fallas en estas se desencadenan ciertas dificultades que repercuten en el duelo, tales como: apego inseguro, falta de apoyo por parte del cuidador, falta de contención, ciertas fallas para ayudar al niño a comprender la muerte y pérdidas, dificultades en las habilidades parentales, dificultades en el funcionamiento del niño, etc.

Cabe mencionar que en el presente caso se resalta la importancia del vínculo con la figura materna, sin embargo dicho vínculo puede ser no sólo con la madre sino con el cuidador principal, sin importar el sexo.

Considero que el sexo del cuidador principal comienza a jugar un rol diferencial al llegar a la fase edípica, pues depende del sexo del niño y del cuidador, así como de la forma en que se dé la triangulación

(padre, madre, hijo), como se desarrollará dicha fase. Considero que en el caso del duelo, el que exista una figura segura (cuidador) ya sea hombre o mujer en los primeros años del bebé, favorecerá su desarrollo y la forma en cómo este afronte pérdidas posteriores. En el caso de M, se observa que la madre es su cuidadora principal, existe un vínculo ambivalente desde los primeros meses de vida con su hijo, al considerar que debido a su concepción su pareja la deja, la madre comenta se sintió triste y enojada durante el embarazo, sin embargo en ocasiones se sentía contenta y llegaba a idealizar a su hijo, pensando que sería un niño de quien se sentirían orgullosos sus padres (abuelos de M) y cumplirían las expectativas de estos que ella no logró, sin embargo cuando nace M y ella percata ciertas dificultades motrices y posteriormente se le diagnostica la hidrocefalia y depresión, se ve frustrada pues M no logra cumplir con dichas expectativas, mostrando así mayores dificultades para vincularse con su hijo de forma segura, proporcionándole los cuidados y apoyos necesarios. El vínculo se ve también afectado por la propia depresión de la madre al suicidarse el padre de M. También se observa un vínculo conflictivo con los demás cuidadores de M (abuelos), quienes tienden a ser agresivos con la Sra E y con M, por lo cual podemos inferir que la incapacidad de la Sra E para establecer un vínculo seguro y cumplir con las funciones maternas, tienen relación con sus propios conflictos en la relación con sus padres durante su infancia, La Sra E reporta que era constantemente agredida por estos.

En cuanto al tratamiento que se llevó a cabo con M, fue integrativo, retomando diferentes perspectivas teóricas, al respecto es importante retomar a Payás (2010) quien refiere que para una psicoterapia integrativa relacional en el duelo, se considera de suma importancia la relación terapéutica: el atender las necesidades fundamentales de las personas en duelo. Dentro de estas necesidades se encuentran:

- Ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida
- Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones
- Ser validadas en la forma de afrontar el duelo:
- Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad
- Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo
- Sentir que su experiencia de duelo tiene un impacto en el otro
- Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa
- Poder expresar amor y vulnerabilidad

Lo antes mencionado se relaciona con la función del holding (sostén), Mendoza (2010) considera que la función del holding puede ser trasladada al espacio psicoterapéutico donde también se conforma un holding.

Según Mendoza (2010) no existe un niño inserto en un trabajo de psicoterapia sin un o una psicoterapeuta que constituya un holding, entre otras varias funciones, a través de la presencia, constancia,

escucha, disponibilidad, facilitación para la representación y comprensión de todas las fantasías y ansiedades del paciente, así como a través de un encuadre y espacio físico que contiene a la relación psicoterapeuta-paciente. Igualmente, como en la relación madre-bebé ambos retroalimentan el vínculo donde el holding tiene lugar, parece también comprensible que en la relación con cada niño se construye progresivamente un diálogo particular en el escenario de psicoterapia; donde se pueden hallar experiencias reparativas, las cuales favorecieron la elaboración del duelo en M, pero estas siempre constituirán solo una propuesta de nuevas formas de querer ser y en el caso de los niños, son ellos influidos por su sistema familiar quienes decidirán utilizarlas o no para seguir creciendo; debido a eso también es importante buscar redes de apoyo en el sistema familiar que continúen cumpliendo con dicha función, en el caso de M se observó que su abuelo podría cumplir con dicha función pues muestra ciertos cambios durante el proceso terapéutico con M, así también su hermana, por quien se siente apoyado cuando su madre lo agrade, él también tiende a apoyarla.

Es importante resaltar que con el presente trabajo pude observar a través de la historia de M y tratamiento terapéutico algunos de los factores protectores para evitar un duelo patológico, uno de ellos es el tener un cuidador que es consistente en la disciplina, esto promueve las creencias en el infante de que serán capaces de hacer frente a los sucesos estresantes, lo cual confirman autores como Wolchick, Yue Ma, Tein, Sandler & Ayers (2008). Con respecto a este punto considero que en el caso de M, la figura de cuidador que se encuentra es su abuelo materno, así también encuentra redes de apoyo en su hermana menor y primos. Tizón (2007) resalta la importancia del sistema familiar principalmente factores del ciclo vital de la familia, rol del fallecido en el sistema, distribución del poder, el afecto y patrones de comunicación del sistema, factores socioculturales, etc., en la elaboración del duelo.

Cabe mencionar que como lo refiere Payás (2010) no hay un modelo terapéutico más eficaz, según las conclusiones de estudios experimentales importantes, no hay un modelo de tratamiento de psicoterapia consistente per se que revele ser beneficioso. La persona en duelo puede ser consciente de algunas de ellas, y esa percepción hace que pueda expresarlas abiertamente. Otras veces las necesidades permanecen fuera de la conciencia, y el terapeuta deberá explorarlas e identificarlas a fin de darles una respuesta satisfactoria dentro del proceso terapéutico. Me parece que parte importante del éxito de la terapia con niños en duelo surgirá de la sensibilidad del terapeuta hacia las necesidades del niño, las cuales deben ser satisfechas y escuchadas. Considero que depende de las necesidades, problemática, contexto y personalidad del niño el enfoque y técnicas a aplicar.

Como lo mencioné alrededor del presente trabajo un aspecto a considerar en el duelo en niños es su individualidad, pues si bien los diferentes autores han propuesto fases y reacciones del duelo de acuerdo a la edad, éstas varían de individuo a individuo. Aunque las fases propuestas sirven de guía para los profesionales de la salud es de suma importancia tener en cuenta la individualidad del sujeto y su contexto.

Me parece de igual importancia la búsqueda de factores protectores contra el duelo patológico a nivel de prevención, como los señalados alrededor del capítulo: soporte familiar, salud psicológica del padre sobreviviente, apoyo social, contención, etc.; claro está que el evento (muerte de uno de los padres) no se olvida, la huella permanece y tendrá que resignificarse dentro del mundo interno y externo del niño, habrá que darle un nuevo significado. Es por ello la importancia de una madre contenedora en las primeras experiencias de pérdida del niño, pues la forma en cómo el niño haya afrontado estas pérdidas tendrá una repercusión en pérdidas posteriores.

A forma de resumen, los puntos clave del tratamiento que favorecieron la elaboración del duelo y manejo de pérdidas en M, fueron:

- Establecimiento de la alianza terapéutica favoreciendo la transferencia positiva
- Re estructurar la relación bebé- madre a través de la transferencia con la terapeuta, buscando un vínculo seguro.
- Dar sostén (holding), a través de la escucha, disponibilidad y empatía para comprender sus angustias y necesidades.
- Devolución positiva de su mirada (de sí mismo), permanencia, constancia y disponibilidad para conectarse con sus afectos y con su cuerpo (necesidades físicas)
- Ayudarle a diferenciar su yo del no-yo (relacionado con la función del handing)
- Espacio físico seguro donde no se daña ni al terapeuta ni así mismo (establecimiento de límites)
- Darle la confianza de que puede afrontar diversas situaciones y tener logros sin depender de la figura materna, favorecer su creatividad, ayudarlo a tolerar las separaciones y encontrarse frente a los desafíos del crear (relacionado con la función de manipulación del objeto)
- Señalamientos, aclaraciones e interpretaciones dentro de su juego.

Concluyo el presente trabajo hablando de mi experiencia personal obtenida durante la Residencia de Psicoterapia Infantil y específicamente con el presente caso. Dentro de dichas experiencias se encuentra el arduo aprendizaje sobre el tema así como el autoconocimiento y análisis personal para trabajar con este y otro tipo de pacientes, el cual resulta fundamental y primordial para un trabajo eficaz. Otro aprendizaje obtenido es la sensibilidad a las necesidades y escucha empática con los pacientes, ya que esto facilita el tratamiento.

Otro aspecto a considerar es la importancia del enfoque integrativo, pues al tener conocimiento de diversas perspectivas teóricas, se tienen mayores herramientas para intervenir con el paciente, además es relevante mencionar que no todo tipo de pacientes se adecuan a un tipo de tratamiento específico, me parece que su personalidad y problemática determinarán el enfoque que mejor se adecua a ellos.

He de reconocer que el presente trabajo tiene relación con la conclusión de la maestría, al experimentar cierta vivencia de pérdida y duelo, la cual se logra afrontar gracias a la contención recibida por todo el equipo de la residencia, así como por el propio análisis y reflexión.

REFERENCIAS

- Abt, L., Bellak, L. (1967). *La Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Asthon J. y Asthon D. (1996). *Loss and grief recovery. Help caring for children with disabilities, chronic or terminal illness*. New York USA: Baywood Publishing Company, Inc.
- Bailey, E. M., Kress, E. V. (2010). Resolving child and adolescent traumatic grief: creative techniques and interventions. *Journal of creativity in Mental Health* (4) 158-176. Taylor & Francis Group.
- Barudy, J y Dantagnan. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. España: Gedisa
- Bellak, L. (1990). *Test de apercepción temática, test de apercepción infantil y técnica de apercepción para edades avanzadas: uso clínico*. México: Manual Moderno
- Bender, L. (1995). *Test ggestaltico visomotor, usos y aplicaciones clínicas*. México: Paidós
- Bergeret, J. (1980). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa
- Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int Psycho-Anal* (77), p 935-961.
- Bleichmar, N y Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós
- Bleichmar, S. (2001). *Clínica psicoanalítica y neo génesis*. Argentina: Amorroutu
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. (Ed 2006). España: Morata
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida 3: La pérdida*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego*. España: Paidós
- Bradford (1997). *Children, families, and chronic disease: psychological models and methods of care*. London ; New York : Routledge.
- Buck, J.N. (1995). *H-T-P: manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. México: Manual Moderno
- Burns, C. R., y Kaufman, S. H. (1972). *Action, Styles, And Symbols In Kinetic Family Drawings Kfd*. New York: Brunner/Mazel, publishers.
- Cesio, S. (2003). *Concepto de vínculo*. Recuperado de <http://www.enigmapsi.com.ar/configvinc.html> el 09 de Abril del 2012
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Cozby, C. P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento*. 8° Edición. México: Mac Graw Hill.

- Cyrulnik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. España: Gedisa
- Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós
- Dolto, F. (1983). *En el juego del deseo*. México: XXI Siglo Veintiuno Editores.
- Heredia, A, B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Dyregrov, A. (1991). *Grief in Children. A handbook for adults*. London: Jessica Kingskey Publishers
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children. Second Edition. A handbook for adults*. London: Jessica Kingskey Publishers
- Elms, A. C. (1994). *Uncovering lives: The uneasy Alliance of biography and psychology*. Nueva York: Oxford University Press
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia Infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno
- Espaillat, R., y Gaviria, M. (2000). *Hidrocefalia con presión normal*. *Revista colombiana de Psiquiatria. Asociacion Colombiana de Psiquiatria*. Vol 29 (002), p. 155-162
- Feigelman, W., Gorman, S. B., Jordan, R. J. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies* (33) 591-608. Taylor & Francis Group
- Freeman, J; Epston, D; Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En: *Obras completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1993
- Gabaldón, F.S. (2006). El duelo en el niño. *Formación médica continuada en atención primaria* 13 (7) 344-348
- Geissmann, C., y Houzel, D. (2000). *El niño, sus padres y el psicoanalista*. España: Editorial Síntesis
- Goldman, L. (2001). *Breaking the silence. A guide to helping children with complicated grief. Suicide, Homicide, AIDS, Violence and Abuse*. Second Edition. New York USA: Routledge.
- Gómez, S. M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y luto*. Segunda Edición. Madrid: Aran Ediciones
- Gonzalvo, G. (2002) Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*. Vol. 56, N.3, p. 219-223
- Gutiérrez, R.M., Hortega, F, E., y Benítez, M. M. (2001). *Modalidades terapéuticas en el duelo*. INTERPISQUIS (2) Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/1925/> 10 de Oct 2012.

- Hammill, D. D; Pearson, A. N; y Voress, K. J. (1980). *DTVP-2 Método de evaluación de la percepción visual de Frostig*. Segunda Edición. México: Manual Moderno
- Hung, C. N., y Rabin, A. L. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes and interventions. *Death Studies* (33) 781-814. Taylor & Francis Group
- Jackson, P. and Vessey, J. (2000). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition. Third Edition*. United States: Mosby Inc
- Kern y Moreno (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo, Maringá*, v. 12, n. 1, p. 81-86.
- Kernberg, P., Weiner, A., y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno
- Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana en los niños*. México: Editorial Guadalupe.
- Lebovici, F. y Weil- Halpern (2006). *La psicopatología del bebé*. México: XXI Siglo Veintiuno Editores
- Livingston, J., Tyagi, A., y Chumas, P. (2001) Hidrocefalia: ¿qué hay de nuevo?. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. Vol 85, p. 149-154.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. México: Enlace Editorial.
- Mannoni, M. (1997). *El niño su enfermedad y los otros*. Buenos Aires: Nueva visión
- Mendoza, D. G. (2010). *La función de holding en psicoterapia*. Tesis de Maestría. UNAM. México. D.F.
- Mc Goldrick y Gerson. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa
- Monserrat, F, A. (2001) "Manuel entre las luces y las sombras (La hiperactividad y las fallas con el objeto primario)". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)* N°31/32, p. 83-89.
- Mora-López, A. (2001). Historia de la hidrocefalia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*; 18, p.94-98
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Payás, P. P. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós
- Pearlman, M., Schwalbe, K., Cloitre, M. (2010) *Grief in childhood. Fundamentals of treatment in clinical practice*. Washington: American Psychological Association
- Pérez, Mercado y Espinosa (2011). *Percepción familiar de la enfermedad crónica*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4), p. 268-294

- Poca, M., Sahuquillo, J., Mataró, M. (2001) Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia “normotensiva”. *Neurologia*.16 (8):353-69
- Roizen, M., Figueroa, C. y et. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr*; 105 (4), p. 305-313
- Ramos-Peek, M., Millán-Narváez, V. y García-Navarrete, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados con disfunción de sistemas de derivación ventrículo peritoneal en pacientes con hidrocefalia secundaria a neurocistercosis. *Arch Neurocién (Mex)*, Vol 15, (4). P. 224-232.
- Rangel, D. E. (2009). *Psicoterapia infantil. Un enfoque psicoanalítico*. México: Trillas
- Rey, L., Ríos, B., Ibarra, J., y Olivas, E. (2005) Hidrocefalia ligada al cromosoma X. *Reporte de un caso. Revista Mexicana de Pediatría*. Vol. 72 (6)., p. 301-304
- Rivas, P., Martínez, F., Ochoa, M., y Sola, R. (2007) Tratamiento de la hidrocefalia secundaria a hemorragia intra ventricular en el prematuro. *Revisión bibliográfica. Revista Neurológica*. 44(10), p. 616-624.
- Rodulfo, R. (1995). *Trastornos narcisistas no psicóticos*. Barcelona: Paidós
- Rosado, R. M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia, *IPyE: Psicología y Educación*. Vol. 1 Núm.2. Julio-Diciembre 2007
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. México: Ed. Diana.
- Rogers, J.(2007). *The art of grief. Use of Expressive Arts in a Grief Support Group*. USA: Routledge
- Rutter (1990). *La privación materna*. Madrid : Morata
- Segal, H. (1988). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós
- Sorensen, J. (2008). *Overcoming loss. Activities and stories to help transform children’s grief and loss*. London USA: Jessica Kingsley Publishers
- Spitz, R. A. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stern (1983) *La Relación madre hijo*. España: Morata
- Tizón , J.(2004) *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J. (2007).*Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelos: Herder
- Valencia, O. A., y Dávila, V. Y. (2010). Intervención cognitivo conductual para la elaboración del duelo en la díada madre hijo. *Uaricha Revista de Psicología* (14), 1-11.
- Vicente, C. A. (2009). *Enséñame a decir adiós. El duelo y la pérdida*. Madrid: GrupoGesfomedia
- Villanueva, S. C., y Garcia, S. J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública* 12 (3), 219-228.

- Villegas, E., Brun, J., Arequipa, G. (2006) Causas de hidrocefalia en menores de 13 años de edad. *Rev Soc Bol Ped*; 45 (2), p- 85-89.
- Wechsler, D (2010). WISC IV Escala Wechsler de inteligencia para niños. México: Manual Moderno
- Winnicott, D. W. (1945). *Desarrollo emocional primitivo*. En escritos de pediatría y psicoanálisis. (Ed 1999) España: Paidós
- Winnicott, D. W. (1949). *La mente y su relación en el piquesoma*. En escritos de pediatría y psicoanálisis. (Ed 1999) España: Paidós
- Winnicott, D. W. (1960a). *La teoría de la relación paterno filial*. En El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Segunda Edición (1979). Laia: Barcelona
- Winnicott (1960b). *Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso*. En El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Segunda Edición (1979). Laia: Barcelona
- Winnicott, D. W. (1962). *La integración del ego en el desarrollo del niño*. En El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Segunda Edición (1979). Laia: Barcelona
- Winnicott, D.W. (1963) *Los casos de enfermedad mental*. En El proceso de maduración en el niño (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Segunda Edición (1979). Laia: Barcelona
- Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1997. [W10]
- Winnicott, D. W. (1987a) *Los bebés y sus madres (ed. C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis)*, Barcelona: Paidós, 1998 [W16]
- Wilcox, R. J. (2004). *What children need when they grieve. The four essentials: routine, loves, honesty and security*. New York USA: Three Rivers Press.
- Wolchick, S. A., Yue Ma., Tein, J.Y., Sandler, N.I. & Ayers, S.T. (2008). Parentally bereaved children's grief: self-system beliefs as mediators of the relations between grief and stressors and caregiver-child. Relationship quality. *Death studies* (32), 597-620. Taylor & Francis Group.
- Worden, J. (1996). *Children and grief. When a parent dies*. New York: Guildford Press
- Yamamoto, K., Davis, O. L., Dylak, S., Whittaker, J., Marsh, C., Westhuizen, P. C. (1996). Across six nations: stressful events in the lives of children. *Child Psychiatry and Human Development*. 26(3), 139-150.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. Newburby Park, CA: Sage