

Revista de la
Asociación de Psiquiatría y Psicopatología
de la Infancia y la Adolescencia

Nº. 20 -Diciembre 2011

© APPIA

Foto de tapa: Chema Barreiro, Gijón, Asturias, 2010

Todos los derechos reservados

*El contenido y la redacción de los trabajos que integran este
volumen son de exclusiva responsabilidad de los autores.*

*Impreso en Uruguay
Printed in Uruguay*

**ASOCIACIÓN de PSICOPATOLOGÍA y PSIQUIATRÍA
de la INFANCIA y ADOLESCENCIA**

Fundada en 1966

Miembro Titular de la:

Federación Latinoamericana de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia,
la Adolescencia y Familia (FLAPIA)

International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)

DIRECTIVOS

Presidente

Prof. Agdo. Dr. Carlos E. Prego

Vice-presidente

Prof. Adj. Dra. Soledad Cabrera

Secretaria General

Dra. Edith Ferreira

Tesorera

Dra. Cristina Pivel

COMISIONES

Biblioteca

Prof. Adj. Dra. Soledad Cabrera

Científica

Dra. Dora Musetti

Publicaciones

Prof. Agdo. Dr. Carlos E. Prego

Dra. Edith Ferreira

Enseñanza

Dra. Dora Musetti, Lic. Graciela Dondo

Relaciones Públicas

Dra. María del Carmen González

Fiscales

Dra. Beatriz Camarero, Lic. Graciela Dondo,

Prof. Adj. Dra. Adriana Martínez

SEDE / COORDENADAS

Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

Br Gral José G Artigas 1550 / Montevideo 11600

Clínica de Psiquiatría Pediátrica

Secretaría Tel/fax 2709 3219 - Biblioteca Tel. 2708 4196.

appia2011@adinet.com.uy <http://appia.blogia.com>

**CONSEJO EDITORIAL
COMISIÓN DE ARBITRAJE**

Psic. Marina Altmann

Prof. Dr. Ricardo Bernardi

Prof. Dr. Miguel Cherro

Psic. Alejandro Garbarino

Dr. Ricardo Halpern (Brasil)

Prof. Agdo. Dr. Carlos Prego

Prof. Dra. Laura Viola

Indice

EDITORIAL	7
PALABRAS DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA. JORNADA CIENTÍFICA "EL TIEMPO DEL BEBÉ ES AHORA". SEPTIEMBRE 30 DE 2011. MESA DE APERTURA AUTORA: Dra. María del Carmen González Píriz.....	9
EL BEBÉ QUE QUIERO SER (Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011) AUTOR: Prof. Dr. Miguel Cherro Aguerre	11
ESBOZANDO IDEAS DESDE LA INTERDISCIPLINA PARA LA FORMACIÓN PERMANENTE DEL PERSONAL QUE TRABAJA CON PRIMERA INFANCIA. (Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011) AUTORAS: Lics. Psic. Beatriz Angulo, FonAu. Juana Canosa; PsMot. Claudia Ravera	19
NACER Y VIVIR SIN VIOLENCIA: DERECHOS DEL NACIMIENTO (Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011) AUTORA: Lic. Psic. Graciela Grandi	29
IMPACTO DE LA VISITA DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA (CASMU - IAMPP) (Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011) AUTORA: Dra. Gabriela Guidobono	42
CONSTRUYENDO UN AMBIENTE PROTECTOR. ¿QUÉ SE NECESITA PARA CUIDAR LA SALUD MENTAL DE LOS BEBÉS? (Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011) AUTORES: Psicólogas/os Clara Macchi, Diana Olivera, Humberto Giachello, Ivanna Hackembruch y Mariella Servetto (Gerenta de CMI); Pediatra: Patricia Laje; Partera: Marcela Fumón	45

PORQUE LA INFANCIA ES CAPITAL	
AUTORES: Departamento de Desarrollo Social, División Salud, Secretaría de Infancia, Objetivos de Milenio, Intendencia Departamental de Montevideo.	58
¿QUÉ SE JUEGA EN EL JUEGO? GRILLA DE INDICADORES DE LUDICIDAD	
AUTORAS: Psic. Mady Correa, Psic. Silvana Vignale.....	64
ESTUDIO COGNITIVO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON HISTORIAS DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA A TRAVÉS DEL WISC III.	
AUTORES: Lic. Alfredo Parra, Dra. Margarita Blengini	84
EL FOTOLENGUAJE©: UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA EL TRABAJO GRUPAL	
AUTORES: Psic. Claudia Guerrero; Psic. Martha Mazzetti; Dra. Dora Musetti; Lic. Liliana Saibene; Lic. Gabriela Silva	96
A PROPÓSITO DE UN ABORDAJE FAMILIAR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA (CHPR). LO TRANSGENERACIONAL: “CUANDO EL DOLOR ES EN CLAVE DE SILENCIO”.	
AUTORAS: Psic. Graciela Casaravilla, Lic. Psic. Graciela Dondo, Lic. Psic. Margarita Pereyra Dhó	106
REFLEXIONES SOBRE EL QUEHACER PSICOTERAPÉUTICO PSICOANA- LÍTICO EN EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DEL CHPR (Ponencia en la Jornada “Más allá del consultorio”).	
AUTORES: Lics. Mariela Giorgi, Pablo Piperno y Tamara Steren. Grupo coordinado por el Dr. Carlos E. Prego	118

EDITORIAL

La revista de APPIA aparece en forma regular y anualmente, desde hace varios años. Todavía no estamos en condiciones de editar 2 revistas por año pero lo tenemos como meta en el futuro próximo.

Esta revista contiene trabajos sobre la 1ª Jornada del Bebé “El tiempo del bebé es ahora” que se realizó con mucho éxito el 30 de setiembre, 2011. Tenemos que consignar que en esta Jornada intervinieron representantes de la Intendencia Departamental de Montevideo, los Ministerios de Salud Pública; Desarrollo Social; Educación y Cultura; Servicio de Maternidad del BPS; Departamento de Primera Infancia de la Facultad de Psicología; Universidad del Bebé de Rio Grande do Sul; vice-prefeita del Municipio de Canela, Brasil; representantes del parlamento nacional; Maternidad del CASMU; Maternidad de MUCAM; directores del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Dra. Marina Stoll, del Hospital Pediátrico; de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica Prof. Dra. Laura Viola; personalidades científicas; representantes de APU y AUDEPP; UNICEF.

Estuvo presente la señora Isabel Leites de Célia, psicóloga, que fue nombrada embajadora del Día del Bebé uruguayo en Brasil. También se recibió un saludo de apoyo del Presidente de la República.

Contiene además otros trabajos que nos han llegado y fueron aceptados por la Comisión Editora.

Queremos anunciar que ya está firmada la autorización de la Escuela de Graduados de la Facultad

de Medicina habilitando a APPIA a dictar cursos dentro del marco de la Educación Médica Continua. Actualmente APPIA prepara su primer curso para el año 2012 sobre Trastornos del espectro autista en los primeros 2 años de vida; junto al Departamento de Autismo, cabe señalar que también se crearon recientemente el Departamento de Familia y Pareja y el Departamento de Fotolenguaje.

Dr. Carlos Prego, Dra. Edith Ferreira
Comisión Editora

**PALABRAS DE BIENVENIDA DE
LA PRESIDENTA DE
LA COMISIÓN ORGANIZADORA**

**JORNADA CIENTÍFICA
“EL TIEMPO DEL BEBÉ ES AHORA”
SEPTIEMBRE 30 DE 2011
MESA DE APERTURA**

Hoy comienza la Jornada “El tiempo del bebé es ahora”, año importante para APPIA, ya que además de haber logrado la habilitación para impartir la “Formación Terciaria”, conseguirá declarar por parte del Parlamento un día anual en octubre, para festejar “El día del bebé”.

Esta iniciativa de APPIA nos permitirá trabajar en conjunto con todos los grupos que están en este tema a nivel municipal y gubernamental. Podremos pensar en los beneficios necesarios y las acciones a impulsar para que los bebés y sus padres tengan una vida y una comunicación más grata y saludable.

Llegar a tener una empatía con la Intendencia Capitalina, con todos los Directores con que hablamos nos resultó fácil: Elena Ponte, Perla Vivas, Pablo Anzalone se mostraron solidarios con nuestros proyectos.

La Sub-Secretaria Lilián Kechichian, nos acercó al Parlamento, donde la Diputada Berta Sanseverino escuchó nuestra propuesta, presentándonos ante la Comisión de Salud de dicha Cámara, cuyos miembros, representantes de todos los partidos políticos, opinaron que no tenía ninguna “contraindicación” parafraseando a uno de ellos.

Así nuestro Proyecto de declarar “Día anual del bebé” se tratará en la Cámara de Senadores. Esperamos que allí se apruebe

este día que ya está en el imaginario popular. Porque ¿Quién no se enternece con la imagen de una madre con su bebé en el regazo? Todos tenemos esta imagen interna a la que recurrimos en momentos difíciles o alegres, pero que calma nuestras ansiedades.

Esto también debería movilizar responsabilidades que no se pueden olvidar: la importancia de los tres primeros años de vida y sus avatares.

Además de agradecer a todos los integrantes que se encuentran en el estrado, y que forman parte del Hospital por afecto y trabajo, mencionamos a la comisión honoraria organizadora de ese evento: Mónica Grobert, Graciela Grandi, Dora Musetti, Silvia Palermo, Liliana Saibene, Elsa Silva y Rosas y Perla Vivas, a los secretarios Raúl Seoane y Sacha Ferreira, a las Voluntarias de Coordinación Social a través de Irlanda Indalecio, colaboradoras incondicionales. Deseamos destacar especialmente a las cinco funcionarias del MIDES, cinco mujeres entusiastas, que habiendo nacido en este Hospital colaboraron con el aspecto más duro: rasqueteo y pintura del lugar de juegos y de este salón de Ateneos donde nos encontramos.

Por último, a Isabel Leites de Salvador Célia, trabajador incansable por el cuidado y los derechos del niño, inspirador de todas estas actividades, y creador de la “Semana del bebé” en Canela.

Isabel, continuadora de su obra, ha venido desde su lugar de origen, Porto Alegre, y será nombrada por Julia Ojeda “Embajadora del Día del Bebé Uruguayo en Brasil”.

Saludamos a todos los presentes.
Muchas gracias.

Dra. María del Carmen González Píriz de Canet

EL BEBÉ QUE QUIERO SER

(Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011)

AUTOR: *Prof. Dr. Miguel Cherro Aguerre*

PALABRAS CLAVES: Baby talk; apego seguro; fortaleza emocional; disponibilidad emocional; Entrevista de Apego Adulto; voluntad política; políticas públicas de salud; políticas coordinadas; nicho ontogénico; promoción.

RESUMEN: Comunicación presentada en la Jornada del Bebé organizada por APPIA, dedicada al amigo y pionero de este tipo de emprendimientos Dr. Salvador Celia.

El título es una paráfrasis del *baby talk* (hablar bebé) de Selma Fraiberg y alude, a lo que diría un bebé que quisiera nacer en las mejores condiciones para satisfacer sus necesidades, si tuviera posibilidad de pensar y hablar como si fuera un adulto

Para plantear las afirmaciones que haré a continuación me basaré exclusivamente en las modernas investigaciones sobre apego, vínculos tempranos y desarrollo, con el objetivo de demostrar que son la única base firme a tener en cuenta, si se quiere proceder con responsabilidad y seriedad, para diseñar **políticas públicas** dirigidas a la primera infancia y al fortalecimiento de los vínculos tempranos en dicha etapa de la vida.

Considero que tal como ocurre en los países avanzados del punto de vista de la Salud, en el nuestro, las políticas de Salud Pública en materia de vínculos tempranos, apego y desarrollo, también **debieran diseñarse** con el asesoramiento insoslayable de aquellos que verdaderamente tienen conocimientos documentados en esas materias, porque sólo la evidencia científica demostrada es la que permite implementar políticas que promuevan de manera apropiada el apego, los vínculos tempranos y el desarrollo.

En función de los resultados de las investigaciones y del estado actual del conocimiento científico no hablo de hadas ni de soluciones mágicas, hablo de cosas posibles, porque afortunadamente desarrollé bastante experiencia de trabajo en la comunidad dirigiendo una Clínica de la Facultad de Medicina, porque tuve oportunidad de estar al frente de la Unidad de Salud Mental del MSP, porque he conocido profunda y directamente experiencias de otros países en estas materias, porque tengo gran interés en el tema y porque siempre he pregonado que lo primero que hay que hacer cuando se planifican políticas no es pensar en crear recursos sino en aprovechar de la mejor manera posible los existentes.

Entonces hablo de implementar políticas de estado, para lo cual es necesario coordinar esfuerzos intra e inter institucionales, que apunten a crear Proyectos supra-institucionales y que esos proyectos supra-institucionales una vez puestos en marcha no se vean menoscabados porque los proyectos intrainstitucionales les quitan recursos.

Quienes hemos participado de iniciativas de este tipo sabemos que uno de los riesgos que se debe prever y evitar a ultranza, enfáticamente, es el que representan las decisiones de los mandos medios de las instituciones que, muchas veces por cortedad de miras, distraen recursos asignados al proyecto general para asignarlos a sus proyectos parciales.

En el terreno de las cosas estrictamente posibles hablo en primer lugar de contar con una voluntad política de estado, en segundo lugar, con el respaldo de esa decidida voluntad política, propiciar las necesarias coordinaciones inter-institucionales de todas aquellas instituciones que estén involucradas en la implementación de esas políticas y en tercer lugar, en base a estrictos criterios de factibilidad y optimización de gestión: racionalizar recursos. Luego yendo al plano concreto de nuestros objetivos debiéramos contar, idealmente, con padres dispuestos emocionalmente para

recibir al bebé, aunque eso es algo que depende de muchísimos factores y que no podemos establecer por decreto, pero lo que sí podemos hacer es intervenir promoviendo esa disponibilidad, de acuerdo a los conocimientos actuales, en aquellos casos en que en las instancias prenatales comprobamos que está comprometida. Digamos de paso, una vez más, que la **disponibilidad emocional** se descompone en dos elementos constitutivos: uno la **sensibilidad**, que es la capacidad de desentrañar lo que siente el bebé y otro la **accesibilidad**, que es el estar presente para satisfacer la necesidad que el bebé tenga en ese momento.

Existe actualmente una prueba científicamente validada, de altísima confiabilidad predictiva, que es la Adult Attachment Interview (AAI), Entrevista de Apego Adulto, que aplicada a los padres en el período prenatal permite anticipar con total precisión el tipo de apego que esos padres desarrollarán con su hijo. He planteado, por ejemplo, oportunamente a las autoridades de INAU, el aplicar esta prueba a los futuros padres candidatos a adoptar un bebé. Tan sólo sería necesario adiestrar a dos o tres Psicólogos o Psiquiatras de Niños y Adolescentes en la aplicación de esa prueba y contaríamos con una confiable herramienta científica para ayudar a los futuros padres adoptantes a desarrollar la disponibilidad emocional necesaria para poder establecer con su bebé un buen vínculo de apego.

Hay actualmente recursos técnicos de una originalidad conmovedora como por ejemplo las intervenciones psicoterapéuticas prenatales que se llevan a cabo con los padres durante el registro de ecografías tridimensionales en las que se aplica también el recurso del baby-talk, porque los terapeutas hablan como si fuese el bebé que lo hiciera y le plantean a los padres interrogantes que los llevan a ponerse en su lugar y reflexionar acerca de las necesidades emocionales que pueda tener.

Todo esto con el propósito de lograr un vínculo de apego seguro, porque está científicamente demostrado que una conducta de tal

tipo favorece el enfrentamiento adecuado ante el estrés, por la vía de la correcta estructuración del hemisferio derecho del cerebro y por la vía de la secreción exacta de los niveles de cortisol necesarios en esas situaciones.

Como situación extrema tremendamente opuesta a la anterior que se puede ver, citemos el maltrato que produce apegos inseguros de tipo desorganizado y que puede hasta llegar a provocar reducción de la masa encefálica.

Decididamente hay que salir al encuentro de aquellas situaciones en que es altamente previsible que se pueda sospechar de antemano baja disponibilidad emocional de los padres, como ocurre con las madres adolescentes sin soporte social o con las madres deprimidas que aunque tengan sensibilidad no están accesibles, para intentar en ambos casos revertir la situación.

En el caso de madres adolescentes: es necesario implementar políticas de información sexual y programas efectivos de control de la natalidad y si se da el embarazo procurar el sostén emocional de la adolescente y favorecer el desarrollo de proyectos de vida a largo plazo.

Pero hay dos aspectos a considerar: uno, es que debe hacerse una cuidadosa evaluación del lugar que hace en su mente la madre adolescente al bebé que está en su vientre, porque razones de orden social, inmadurez o antecedentes de haber sido víctima de negligencia o maltrato pueden impedirle desarrollar la empatía que necesita poner en juego en la relación con su bebé y en tal caso muchas veces resulta realista y oportuno plantearse una cesión del bebé en términos de adopción, por supuesto con la correspondiente preparación psicológica a esta potencial madre que cedería su hijo como han sostenido reiteradamente, con muy buen criterio, los integrantes del Equipo de Iniciativas Sanitarias. El otro aspecto a considerar es la importancia que otorgamos a generar, propiciar y favorecer el establecimiento de un proyecto de vida sostenido

a futuro, porque está suficientemente demostrado del punto de vista de la Salud Mental, que las poblaciones de mayor riesgo son aquellas que no tienen un proyecto de vida a largo plazo, es decir los sujetos que viven al día.

La población de madres adolescentes tiene mayor tendencia al abandono por la falta de sostén y de red social continente, porque en general no logran crear como vimos un espacio psíquico para el bebé y porque tienen bajo índice de controles prenatales. Este último ítem merece un comentario ya que nosotros en el Centro Hospitalario Pereria Rossell, en el año 1996, llevamos a cabo una investigación con madres adolescentes que surgió a partir de un pedido de los Neonatólogos que verificaban una baja asistencia de esas madres a los controles prenatales. Al terminar la presentación de esta comunicación en la Jornada de APPIA, la Lic. Psic. Denise Defey comentó que en estudios más recientes, al parecer, la población adolescente se comportaba de modo diferente con respecto a las madres adultas y por consiguiente era más observante de los controles prenatales.

A mi me interesó mucho la precisión de Denise y tuve al respecto algunas consideraciones y me formulé algunas preguntas. En primer lugar nuestra población fue en todos los casos de madres primíparas divididas en dos grupos: menores de 17 años y mayores de 19 años. Las mayores de 19 años expresaban deseos de tener un hijo y tenían pareja y/o soporte social. Las menores de 17 años se dividían en dos grupos: uno en que no habían expresado deseos de tener un hijo y que no tenían pareja ni soporte social, ese era el grupo que tenía pocos o nulos controles prenatales, en tanto el otro grupo de las adolescentes menores de 17 años expresaba deseos de tener un hijo y las adolescentes contaban con pareja y/o soporte social y se comportaron prácticamente igual que las primíparas mayores de 19 años, no sólo con respecto a los controles prenatales sino además con respecto a la disponibilidad emocional. Sería interesante entonces conocer como se discriminaban los grupos de adolescentes

a los cuales se refirió Denise Defey del punto de vista de las edades y de la actitud respecto al embarazo y el soporte social con que contaban o no.

Las adolescentes del primer grupo, es decir la que no tienen deseos de tener un hijo y no tienen pareja y/o soporte social tienen mayor propensión al maltrato por la sobrecarga temprana de varios embarazos, por la condición socio-económica deteriorada o deficitaria que rodea a estas situaciones y porque en sectores desfavorecidos no hay un proyecto formativo sostenido que capacite a la mujer para el desempeño laboral.

En cierto sentido las adolescentes de esos sectores se comportan como nuestras abuelas de principios del Siglo XX que una vez en condiciones de procrear estaban en condiciones de generar una familia porque no había para la mujer en aquella época un proyecto de desempeño social y de capacitación laboral como existe actualmente.

En el otro caso que tomamos como ejemplo, el de las madres deprimidas, trabajos recientes muestran evolución positiva con respecto a las conductas de apego si en las intervenciones que se realicen con ellas en el enfoque terapéutico se da participación al padre, obviamente además de tratar como corresponde del punto de vista clínico a la madre deprimida.

Si recapitulamos entonces, dada la importancia que se le reconoce a la calidad de los vínculos tempranos en el establecimiento del apego seguro y en el desarrollo futuro del niño, es muy importante asegurar esos vínculos favoreciendo el contacto padres/niños, concediendo facilidades para que padre o madre tengan el mayor tiempo para dedicarle al bebé durante el primer año de vida. Existen países donde padre o madre, indistintamente, tienen licencia con goce de sueldo durante el primer año de vida del bebé para cuidarlo, pero se controla estrictamente el cumplimiento de ese

beneficio social.

En definitiva “el bebé que quiero ser” pretende nacer en un país en el cual existan políticas tendientes a: promover el apego seguro, la fortaleza emocional y la mentalización.

¿Se pueden promover esos tres elementos? La respuesta es afirmativa y deben promoverse para lograr: individuos que se críen en el seno de vínculos consistentes, que sean más seguros de sí mismos, que tengan mayor empatía hacia los demás, que posean habilidades para resolver conflictos, que sean capaces de lograr buenos vínculos sociales, de mentalizar y de tener proyectos de futuro y con un desarrollo moral prosocial y altruista.

Si apuntamos a esos tres rubros: apego seguro, fortaleza emocional y mentalización estamos contribuyendo a un cambio en el desarrollo moral del individuo, en la calidad de su inserción social y en su sensación de bienestar psíquico, pero con una estricta base científica.

Los que sólo se preocupan por bajar la edad de imputabilidad procuran apagar el incendio de la inseguridad sin ir a corregir las raíces profundas que alimentan el fenómeno, reaccionan del mismo modo que lo ha hecho históricamente la sociedad que para preservar su seguridad encerraba a los locos en el manicomio sin preocuparse por tratar correctamente la enfermedad mental.

Con nuestro planteo estamos propiciando en realidad un cambio a nivel de la cultura, pero para eso es necesario que desde distintos sectores (salud, educación, ciencias sociales, economía) se establezcan políticas coordinadas.

En la antiquísima controversia Nature - Nurture, West & King (1987) cit. por L. Eisenberg en el 2004 hablaron del *nicho ontogénico* que es todo lo que el bebé inserto en determinada cultura recibe de sus padres además de los genes, familiares, pares, costumbres, tradiciones, creencias, prácticas sociales. El concepto enfatiza más

que la oposición la conjunción en términos de desarrollo.

Con esa complementariedad que nos viene demostrada y fundamentada desde la vida misma del ser humano en sociedad, no se trata de tirar cada uno para su lado sino de procurar coordinar esfuerzos, trabajar de verdad en equipo, con auténtico respeto hacia el trabajo de los otros, si queremos realmente conseguir resultados positivos y si confiamos en la evidencia que la experiencia nos acerca.

Pero en esto no hay secretos, porque antes que nada debe existir voluntad política y la política debe ser de Estado.

**ESBOZANDO IDEAS DESDE LA INTERDISCIPLINA
PARA LA FORMACIÓN PERMANENTE DEL PERSONAL
QUE TRABAJA CON PRIMERA INFANCIA.**

(Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011)

AUTORAS: *Lics. Psic. Beatriz Angulo, FonAu. Juana Canosa; PsMot. Claudia Ravera*

PALABRAS CLAVE: formación permanente; interdisciplina; vínculo temprano.

RESUMEN: A partir de nuestra experiencia en docencia interdisciplinaria en cursos organizados en APPIA percibimos la necesidad de muchas de las participantes sobre una formación permanente a nivel teórico y práctico, tanto de las que trabajan a nivel comunitario como en instituciones de educación inicial. Intentando dar respuesta a ello fue que realizamos esta ponencia, proponiendo ideas para una formación continua que considere las carencias y “desbordes” que lejos de “ayudarnos a ayudar” por momentos nos paralizan como agentes de salud.

*“Muchas de las cosas que hemos menester, tienen espera.
El niño no. El está haciendo ahora sus huesos,
creando su sangre y ensayando sus sentidos.
A él no se le puede responder “mañana”,
Él se llama “ahora”.*

Gabriela Mistral

¿Por qué tres disciplinas pretenden dialogar e intentar esbozar ideas para la formación continua del personal que trabaja con bebés y la primera infancia? ¿Estas disciplinas representan saberes independientes? O ¿saberes unidos en un gran proceso funcional en el camino a la subjetivación y la humanización?

Partiendo de nuestra convicción sobre la incompletud de las disciplinas en general y de las nuestras en particular, tomaremos las

ideas tan bien expresadas por M. Viñar(1) de que es necesario “derribar los muros que separan la teoría de la práctica y superar las barreras de las jergas académicas, de los dialectos que con sus conceptos buscan delimitar los territorios para definir problemas y respuestas” es que nos fuimos planteando una forma interdisciplinaria de hacer docencia.

HISTORIA DEL CURSO

En el año 2008 la Psic. Beatriz Angulo inicia en APPIA un curso de un año de duración, titulado “Vínculo temprano y su relación con la clínica desde una perspectiva psicoanalítica”. Al año siguiente siente la necesidad de ir más allá de las fronteras de la psicología e invita a la PsMot. Claudia Ravera a aportar una mirada psicomotriz sobre el vínculo y sobre el desarrollo. El curso pasa a llamarse: “Vínculo temprano y su relación con la clínica psicoanalítica psicoterapéutica y psicomotriz.” En el año 2010, se integra a formar parte del grupo docente la FonAu. Juana Canosa para enriquecer con sus aportes desde el lenguaje el conocimiento del desarrollo del bebé, cambiando nuevamente el nombre y los contenidos del curso: “Vínculo temprano y desarrollo de 0 a 3 años. Perspectiva interdisciplinaria: psicoanálisis, psicomotricidad y lenguaje”. En este año 2011, los cursos de APPIA pasan a estar auspiciados por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, se mantiene el mismo grupo docente y el curso pasa a llamarse “Estudio de las bases teórico-clínicas en los primeros años de vida desde un abordaje interdisciplinario (psicoanalítico, psicomotor y fonoaudiológico)”.

UNA NUEVA FORMA DE HACER Y SENTIR LA DOCENCIA

El presente trabajo es el resultado de nuestras búsquedas personales y colectivas por lograr una formación de calidad con mayor alcance comunitario en el pensar y en el hacer de los distintos profesionales que trabajan con bebés y niños pequeños. Los frecuentes trastornos de la alimentación, del sueño, del habla,

del juego, que surgen en las consultas, impulsan nuestra pasión y convencimiento por estudiar teorías que nutran soluciones a través de una necesaria y efectiva implementación.

Para ello compartimos cada clase, estando presentes las tres docentes, tratando de dialogar y polemizar junto con los participantes sobre los “saberes recortados” que cada una representa: Cuerpo desde la psicomotricidad, Psiquis desde la psicología y Lenguaje desde la fonoaudiología. Esto ha sido como un “sello” de nuestro hacer docencia y ha sido muy bien recibido por las participantes del curso, quienes recalcan la riqueza que les aporta vernos discutiendo teorías o diciendo “no estoy de acuerdo con el planteo de este autor por...”, así como otras veces intercambiando ideas acerca de viñetas verbales o en video tape que traducen la complejidad, la multicausalidad, y la cautela que se requiere al momento de analizarlas. Esto a su vez ha retroalimentado la participación espontánea de las participantes, que con confianza traen las más variadas situaciones de su trabajo tanto en lo profesional como en lo institucional sobre todo del ámbito comunitario.

Algo que surge una y otra vez en las clases, y que es conocido por muchos de nosotros, es el hecho de que en los lugares claves de atención de bebés y niños pequeños hay un recorte muy marcado de los saberes -donde muchas veces se suman rivalidades y competencias- y por lo tanto de la comprensión global de lo que tenemos entre manos: la construcción de una nueva vida psíquica y social. Nos preocupa y nos pone en alerta el no tener en estos espacios un saber que tenga en cuenta la co-construcción que se da en todo bebé entre los procesos de constitución subjetiva y los llamados procesos de desarrollo. Si no conocemos, no podremos actuar, y tampoco seremos sensibles a ver lo que no conocemos.

LA IMPORTANCIA DE LA INTERDISCIPLINA

Las situaciones que son percibidas en guarderías, policlínicas, centros de cuidado y atención de los pequeños por parte de Maestras, Cuidadores, Pediatras, Enfermeras, Psicólogos, Fonoaudiólogos,

Psicomotricistas, Trabajadores Sociales demandan herramientas para ayudar a un mejor abordaje.

Sabemos la importancia de una mirada interdisciplinaria ante los desafíos clínico-asistenciales, mirada que la mayoría de las veces no resulta accesible, o que desde el arranque está fragmentada en “especialidades”.

Encontramos en los aportes de filósofos contemporáneos una envoltura para nuestro diálogo interdisciplinario, en especial los de Edgard Morín(2) cuando nos dice que en la actualidad la hiperespecialización de las disciplinas ha despedazado la noción de hombre, ya que por un lado se estudia la psiquis, por otro el cerebro, por otro el organismo, etc.

Morín dice: “La disciplina es una categoría organizadora dentro del conocimiento científico; instituye en éste la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de dominios que recubren las ciencias.”... la institución disciplinaria implica al mismo tiempo un riesgo de hiperespecialización del investigador y un riesgo de “cosificación” del objeto estudiado ya que se corre el riesgo de olvidar que éste ha sido extraído o construido”. Es como si en cada formación académica uno finalizara la misma con un título bajo el brazo y en una mano una lupa “especial” a través de la que ve en gran aumento un aspecto del ser humano, al que se denomina “objeto de estudio”. Sentimos que esta forma de hacer docencia, donde tratamos cada una con su lupa de construir áreas de intersección, decanta en una confluencia coherente y consistente de nuestras miradas sobre la realidad observada.

Es en este intento por no “cosificar” nuestro objeto de estudio que trabajamos en interdisciplina, que hacemos docencia interdisciplinaria y que hoy traemos a ustedes nuestra experiencia, para tratar de entender y de organizar el complejo proceso de construcción de un sujeto a partir del bebe así como la necesaria formación de los actores comprometidos en la co-construcción de dicho proceso.

...PORQUE COMO DICE UN CUENTO

“En el país de los cinco sentidos había unos cuantos que eran sólo una nariz con patas y se pasaban el día oliéndolo todo. Había otros que sólo eran ojos con patas y lo miraban todo. Algunos eran orejas con patas y todo lo escuchaban. También existían los que eran bocas con patas y se dedicaban a probarlo todo. Quedaban otros más que eran manos con patas y andaban siempre tocándolo todo. Pero estaban hartos de no poder sentir más que una sola sensación y decidieron unirse unos con otros y formar un solo cuerpo. Y así fue como nacimos nosotros las personas.”

Cuento: El país de los 5 sentidos.

Este mismo cuento lo podríamos haber hecho desde las disciplinas, cuando en forma aislada se trabaja en multidisciplinaria no pudiendo conformarse un mismo cuerpo conceptual. Es necesario el intercambio donde se dialogue, donde se discrepe, teniendo la certeza de que dichos encuentros seguirán existiendo en forma periódica en el tiempo y en el espacio. ¿Cuántas veces decimos “no tengo tiempo” para reunirme lo necesario a dialogar sobre un niño con nuestros compañeros de equipo? ¿Cuántas veces nos reunimos y sin embargo no logramos crear un clima distendido, un clima que permita entrar al tiempo... al “no enjaulado”, sino “al tiempo de verdad, de jugar que es el mejor”, a ese tiempo que se saborea y nos contiene? ¿Cuántas veces rivalidades y competencias entre los integrantes de un equipo, crisan el clima y se “llevan el tiempo”?

LAS DISCIPLINAS PARA SER INTERDISCIPLINA, Y EL BEBÉ PARA SER SUJETO... NECESITAN TIEMPO!

¿NUESTRA “MODERNIDAD LÍQUIDA” NOS AYUDA? (Z. BAUMAN)

Se necesita tiempo para poder salir de nuestras fronteras disciplinares y hacer interdisciplina, para construir un cuerpo conceptual que nos trascienda a cada una de las disciplinas por separado. Y este tiempo, esta actitud de apertura, de disponibilidad, ¿no tiene mucho que ver en el proceso de construcción del bebé como sujeto

humano?

Pero en nuestra “*vida líquida*”, como en la sociedad moderna líquida, no puede mantenerse la forma ni el rumbo de la vida durante mucho tiempo; en la vida líquida la velocidad y no la duración es lo que importa, según el Prof. Z. Bauman(1). Zygmunt Bauman es catedrático emérito de Sociología en las Universidades de Leeds y Varsovia.

Este autor, define a la *sociedad moderna líquida* como aquella en que las condiciones de actuación de sus miembros cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en unos hábitos y en una rutina determinada. La liquidez de la vida y la sociedad se alimentan y se refuerzan mutuamente.

Todo sucede con tal vértigo que ya no es aconsejable aprender de la experiencia. La vida líquida es por tanto precaria y vivida en condiciones de incertidumbre constante. Un papá que viaja constantemente al exterior por razones de trabajo, como ocurre cada vez con más frecuencia en algunos sectores de la población, nos decía: “*yo cuando me despierto muchas veces no sé en qué país estoy*”. Su esposa viaja con frecuencia para acompañarlo y su hijo dice en una sesión: “*mis papás son unos brutos, se van para todas las partes y no están cuando yo vengo de la escuela*”.

¿Dónde nos debemos parar y con qué fuerza cuando hablamos del bebe y la relación con su madre-padre, su entorno en los “*tiempos que corren*”? ¿Es que estamos equivocadas y planteamos un ritmo y una temporalidad que no es la actual? ¿Cómo adaptarnos a estos cambios?

La vida en una sociedad moderna líquida no puede detenerse. Hay que modernizarse o sea desprenderse, de atributos que ya han caducado. En la vida líquida la velocidad y no la duración, es lo que importa.

¿Pero qué está pasando con los servicios que atienden a la primera infancia en nuestro país? ¿Los estamos cuidando, estamos poniendo personal lo suficientemente preparado, hay una preocupación para la formación permanente y el sostén de estos profesionales?

Sabemos que los paradigmas son multicausales, cada día más complejos y para ello debemos adaptarnos desde nuestra formación. En este mundo mediático, con los cambios tecnológicos vertiginosos que nos atraviesan, que nos confunden, que no nos dejan pensar... muchas veces nos apuramos a dar respuestas creando nuevas y nuevas instituciones, centros, redes de atención, que sin lugar a dudas cumplen una enorme función en nuestro país de hoy, pero... nos preguntamos: ¿no se podrá lograr una forma más económica -en todo sentido- si en lugar de esperar el surgimiento de instituciones con personal especializado nos ocupamos ofrecer una formación permanente a quienes están en contacto con los bebés, niños y familias de nuestro país? No desconocemos la gran cantidad de programas, actividades y trabajo en redes sociales que en los últimos tiempos se han potenciado tanto desde el gobierno como desde organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, etc. Simplemente hacemos eco a muchas de las demandas que las participantes nos traen de sus lugares de inserción laboral. En nuestra experiencia docente, presenciamos que las inquietudes giran tanto en torno a vicisitudes y trastornos comunes en la crianza y en el desarrollo psico-físico de los niños, como a dudas y dificultades de abordaje de tales trastornos por parte de los diferentes profesionales y técnicos involucrados. La familia como estructura dinámica requiere de permanente regulación emocional para generar cambios producidos por la cotidianeidad, cuando esto de alguna manera no se logra comienza a producirse cierto malestar en alguno de sus miembros. En algunos casos es el bebe quien hace síntoma.

ESBOZO DE IDEAS PARA UNA FORMACIÓN PERMANENTE

En esta búsqueda -a partir de nuestra docencia interdisciplinaria-

por articular aportes de grandes teóricos y “hacer síntesis” desde nuestra experiencia clínico asistencial hacia una práctica comunitaria es que esbozaremos algunas ideas que nos parecen claves para conocer y favorecer el complejo y apasionante mundo de un bebé, su familia y su comunidad.

a) Proponemos la observación de bebés y niños pequeños, buscando de esta forma optimizar la utilización de recursos naturales:

- Observación de un bebé sano, nacido a término con un medio familiar constituido por madre, padre, hermanos, donde se realizará una observación durante seis meses en forma semanal. Constará de posteriores supervisiones quincenales en grupos de 4 o 5 personas.
- Observación de un niño de 2 a 5 años en jardín de infantes, donde se realizará una observación durante seis meses en forma semanal. Constará de posteriores supervisiones quincenales en grupos de 4 o 5 personas.

b) Creación de Equipo Docente Interdisciplinario buscando articular elementos teórico-clínica de las grandes teorías ya conocidas y otras más actualizadas, sobre vínculo, crecimiento, maduración, desarrollo y aprendizaje. Destacamos la riqueza que resulta por las clases, la observación de grabaciones en video del bebé o del niño en su entorno cotidiano. Es clara nuestra necesidad de formarnos en la técnica del microanálisis para implementar con más fuerza la observación de videos.

c) Creación de un consultorio interdisciplinario de apoyo al personal ante situaciones puntuales conflictivas en su trabajo asistencial.

d) Creación de Ateneos clínicos mensuales, de presentación de casos por parte de los propios actores como forma de favorecer la reflexión, discusión y aprendizaje (¿qué siento? ¿qué pienso? ¿qué hago?). Estas instancias implican un proceso reflexivo y la

posibilidad de la discusión entre diferentes saberes. La generación de estos espacios busca que el personal pueda exponer, expresar, sus angustias y preocupaciones, sus logros y satisfacciones, ser escuchados con respecto por otros... pero esto no es tarea fácil y resulta clave el lugar del moderador del grupo quien deberá tener sólida formación en dinámica de grupos.

e) Talleres para padres para tratar las carencias que se están dando en la transmisión intergeneracional debido a los cambios culturales, a la problemática social, etc.

f) Búsqueda de aportes de otros ámbitos más allá de los que pueden surgir desde y entre las diferentes disciplinas. Ampliar nuestras referencias individuales a través de lecturas de autores que nos permitan una visión más amplia y profunda.

Somos concientes de que llevar a la práctica éstas ideas, requiere transitar caminos complicados de ida y de vuelta, pero del mismo modo que fuimos cambiando la forma de “hacer docencia”, fuimos cambiando la forma de “escuchar la problemática de la infancia en nuestro país de hoy” que una y otra vez traen las participantes a veces con altos niveles de angustia, tanto en instituciones que se ocupan de familias y niños en situación de pobreza, como en instituciones de las más diversas clases sociales donde se deja a los bebés durante largas jornadas.

Winnicott(4) nos dice: “Ciertamente algo les pasa a las personas, cuando se ven confrontadas con el desamparo que, supuestamente, caracteriza al bebe... Casi podríamos decir que las personas que cuidan de un bebe están tan desamparadas en relación al desamparo del bebe como el mismo bebe lo está. Tal vez haya hasta una confrontación de desamparos.” Como una forma de compensar este desamparo podríamos pensar en la “constelación maternal” -según palabras de Daniel Stern(5)- que la mayoría de las mamás construyen en torno de sí como una matriz de apoyo, para poder abocarse al cuidado de su hijo de la manera mejor posible. ¿Cómo construir una

“constelación maternante” de quienes cuidan a nuestros bebés y niños pequeños? Proponemos la docencia interdisciplinaria como un elemento a pensar dentro de esta gran y compleja constelación.

BIBLIOGRAFÍA

1. VIÑAR, M. ¿Qué sujeto en el siglo XXI? Diálogo entre el psicoanálisis y las ciencias Sociales. Un lugar en el Ágora. 2003
2. MORÍN, E. (1999) “La cabeza bien puesta. Repensar la reforma, reformar el pensamiento”. Ed. Nueva Visión. Bs. As.
3. MORÍN, E. ídem
4. WINNICOTT, D. citado en ponencia “O bebè e suas maes” de Martin Fontes (San Pablo) VII Congreso Internacional de Observación de Lactantes. Método Esther Bick. Organizado por: ApdeBA, APA y Fundación Kamala. 21 al 23 de agosto, 2008.
5. STERN, D. (1997) “La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos”. 1ª. Edición en español. Ed. Paidós. Bs. As.
6. BAUMAN, Z. “Modernidad líquida”, S.L. Fondo de Cultura Económica de España, México, 2002.

NACER Y VIVIR SIN VIOLENCIA: DERECHOS DEL NACIMIENTO
(Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011)

AUTORA: *Lic. Psic. Graciela Grandi.*

PALABRAS CLAVE: Nacimiento; Vínculo asistencial; Violencia

RESÚMEN: La asistencia durante el parto y el contexto del nacimiento hacen, intervienen y actúan en el inicio de la relación madre-hijo, en el inicio de todo ser humano a la vida.

*“El sabio que quiera cambiar al mundo
debe observar al recién nacido”*

*“La civilización empezará el día en que
el bienestar del recién nacido prevalezca
sobre cualquier otra consideración”*

Wilhelm Reich

Años de estudio e investigación en relación al vínculo temprano, a la relación madre-hijo en sus primeros momentos, han llevado a destacar esta relación como *fundante* de la vida psíquica, emocional e intelectual de los seres humanos.

Cuando surgen dificultades en los bebés y también en los adultos siempre nos remitimos a este vínculo: lo observamos, lo analizamos y realizamos intervenciones para poder ayudar a resolver un conflicto.

Pero ¿qué pasa con el antes de esa relación? ¿Qué pasa con el cómo se inicia esa relación? En qué condiciones se encuentran por primera vez una madre y un hijo para empezar a recorrer juntos el camino de la vida?

Es en este sentido que he querido focalizar este trabajo en la manera en que se llega al mundo: en el parto y en el nacimiento. Reflexionar e invitarlos a reflexionar juntos, en torno a esta situación que, hoy por hoy, está siendo, por suerte, foco de atención a nivel mundial.

He querido invitarlos también a pensar y analizar, como lo hace el

Dr. Michel Odent, en la influencia de el contexto y forma de nacer en la situación social y específicamente su repercusión en relación a la violencia social que hoy en día vivimos.

El centro de esta presentación, y trataré que por unos minutos también lo sea de Uds., serán los Derechos del Nacimiento con el fin que puedan conocerlos y que a su vez puedan ser promotores de los mismos. La idea es que todos los que estamos en el área de la salud podamos ser agentes multiplicadores de algo tan propio e inherente al ser humano como lo es el derecho a llegar al mundo en las mejores condiciones.

Multiplicadores no sólo en los equipos y lugares donde estamos insertos, sino también a nivel de la población, porque para que estos derechos se cumplan lo primero que se necesita es una población informada y conocedora de ellos, que pueda lograr, saber hacerlos cumplir.

MODELOS ASISTENCIALES DEL PARTO

La Modernidad ha influido en la asistencia con el avance de la tecnología y con la medicalización del parto. Han sido años en los que un Modelo Tecnocrático de atención ha prevalecido sobre un Modelo Humanístico de la misma, con sus consecuentes pro y contras. Uno de los beneficios ha sido, por ejemplo, la notoria disminución de la tasa de mortalidad materna, que ha quedado reducida a casi 0. Alguno de los perjuicios ha sido, por ejemplo, el aumento notorio de las tasas de cesáreas y la interferencia que este modelo de atención ha ejercido en el vinculo madre-hijo.

Haré una comparación esquemática entre ambos modelos pues son los que están en juego en todas las maternidades de nuestro país.

En la Posmodernidad surgió una tendencia a pasar del modelo tecnocrático o medicalizado al modelo humanístico. Esta tendencia

existe a nivel mundial y es promovida por la mayoría de los organismos internacionales.

Sería muy importante que esta tendencia se vaya transformando en un camino de integración de ambos modelos pues la única forma de avanzar, aprender y aprehender la realidad es rescatando lo positivo de las etapas anteriores, de lo antiguo, articulando con los descubrimientos científicos de la época moderna.

Esta integración, le daría al nacimiento, “mayor seguridad en salud y mayor salud en lo emocional para que el nuevo ser en crecimiento sea un agente social de amor” (M. Odent).

Se habla de “Parto Humanizado” y ante esto debo aclarar que no comparto el término “humanizado” como adjetivo para el parto ¿Qué se quiere decir con eso? ¿qué se le da la calidad de humano a algo que no la tiene? Menos mal que no la tiene! Sería mucho mejor a la hora de parir que se recordara que pertenecemos al reino animal y nos dejemos llevar por los instintos y pudiéramos parir sin miedo como el resto de los animales. Sin miedo la mujer, sin miedo la familia y sin miedo el equipo. El término “humanizado” le quita al parto lo ancestral, lo visceral, lo animalesco y lo carga de una racionalidad que muchas veces sobra y cuando no, complica la situación.

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DEL PARTO

En vez de parto humanizado hablaré de “Humanización de la asistencia del parto”.

Cabe destacar, aclarar y desmitificar los conceptos de que:

- Humanización de la asistencia del parto no es igual a parto en domicilio.
- Medicalización del parto no es igual a utilización de medicación durante el proceso de trabajo de parto.

Estos son conceptos que se manejan cotidiana y popularmente y

que desvirtúan la esencia de ambos modelos de asistencia. Veremos que en realidad se trata de algo bien diferente.

MODELO TECNOCRÁTICO O MEDICALIZADO

- Separación mente-cuerpo.
- Concepción del cuerpo como máquina.
- Concepción de la embarazada como objeto: despersonalización.
- Utilización de la posición horizontal como postura única.
- Institución como fábrica.
- Bebé como producto.
- La tecnología aparece como trascendente sobre los procesos normales y naturales.
- Existe la imperativa tecnocrática: si la tecnología existe entonces hay que utilizarla.
- Se considera que el uso de la tecnología constituye brindar "el mejor cuidado".
- No usar tecnología es brindar cuidado inferior o ignorante.
- El diagnóstico y tratamiento se realiza desde afuera hacia adentro.
- La intervención es con énfasis en el corto plazo.
- Hay una estandarización del tratamiento.
- No hay conexión entre la usuaria y el equipo.
- La autoridad y responsabilidad es del médico.

MODELO HUMANÍSTICO

- Conexión mente-cuerpo.
- Concepción del cuerpo como un organismo.
- Concepción de la mujer embarazada como sujeto.
- Utilización de varias posturas para el parto incluyendo la horizontal si la mujer la considera más cómoda.
- El diagnóstico y tratamiento se realiza desde afuera hacia

adentro y desde adentro hacia fuera, teniendo en cuenta a la mujer y lo que está sintiendo.

- La información, decisiones y responsabilidades son compartidas entre la mujer embarazada, su familia y el equipo.

Obviamente para lograr la "Humanización en la atención del Parto" se debe contar con el acuerdo de las instituciones maternas y por supuesto con el acuerdo y aprobación de organismos internacionales como la OMS y del propio gobierno del país.

En nuestro país todos esos acuerdos y aprobaciones existen, incluso se ha promovido la humanización de la atención del parto con un premio para las maternidades que estén dispuestas a concursarlo: el premio "Dr. Crottogini" al Hospital amigo de la Mujer; sin embargo, no es tan sencillo lograrlo: a pesar de los acuerdos, normas y leyes, hay instituciones donde no se cumplen.

No es sencillo porque se debe contar con el verdadero interés, compromiso y disposición de los equipos de salud, de los que directamente asisten y acompañan a la mujer y su familia en este momento.

No es sencillo porque pueden haber desacuerdos.

No es sencillo porque habiendo acuerdos se puede sentir que este cambio puede perjudicar a nivel personal, a nivel del equipo.

No es sencillo porque cuesta mucho cambiar la mentalidad y la costumbre en la práctica y surgen grandes resistencias.

No es sencillo...

Pero veamos qué características debería reunir un equipo asistencial para un modelo humanístico de asistencia al parto:

- Un equipo de profesionales que sea *facilitador* de la vivencia de que la pareja y el bebé que está por nacer son los verdaderos protagonistas exclusivos (y no ellos) de esta experiencia conmovedora, emotiva, dolorosa y placentera.

- Un equipo que tenga el compromiso de asistir como invitado especial a un momento trascendente y único, de un núcleo familiar también único y particular.
- Que tenga presente que además de un parto va a ocurrir un *nacimiento*.
- Que procure responder a las necesidades de la pareja para posibilitar la mayor satisfacción y disfrute del acontecimiento.
- Que actúe basado en la biología y fisiología del parto ofreciendo la posibilidad de múltiples posturas que pueden resultar cómodas.
- Que tenga en cuenta el tiempo propio de cada mujer y de cada proceso.
- Que promueva el vínculo precoz piel con piel con la madre y si fuera cesárea, con el padre.
- Que promueva la prensión precoz al pecho materno.
- Que logre separar a la mujer de la violencia que tiene internalizada desde siempre por ser mujer y que no la promueva, como a veces sucede, con actitudes violentas desde fuera.
- Que respete y cumpla con los derechos de las mujeres y los bebés en torno al nacimiento.

PRINCIPIOS DE LA OMS

Ya hemos hablado de ellos en todo lo anterior pero los sistematizaremos para que quede su impronta no solo en nuestra memoria e intelecto, sino también para que pueda darse la “*sinapsis afectiva*” de los mismos:

En primera instancia veremos los principios de la OMS para el cuidado perinatal. Nuestro MSP se hace eco de los mismos y los publica en Las Guías de Salud Sexual y Reproductiva:

1 - NO MEDICALIZAR, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicando la menor tecnología posible.

2 - BASADO EN EL USO DE TECNOLOGIA APROPIADA, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamientos y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o superiores.

3 - DIRIGIDO POR LA MEDICINA BASADO EN LA EVIDENCIA, lo que significa conocimientos avalados por la mejor evidencia científica disponible y por metaanálisis de estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.

4 - REGIONALIZADO y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado secundario y terciario de mayor complejidad.

5 - MULTIDISCIPLINARIO con la participación de integrantes del equipo de salud como enfermeras, doulas, obstetras parteras, ginecólogos, neonatólogos y la persona que la mujer elija para acompañarla.

6 - INTEGRAL, debiendo tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y sus familias y no solamente un cuidado biológico.

7 - CENTRADO EN LAS MUJERES Y SUS FAMILIAS, dirigido hacia las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8 - APROPIADO respetando la pluralidad y las diferentes pautas culturales.

9 - INCLUSIVO, con la toma de decisión informada de las mujeres.

10 - RESPETUOSO de la privacidad del cuerpo, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado integral perinatal de la mujer y de quien nace.”

LOS DERECHOS DE LA MADRE

Podríamos resumirlos de la siguiente forma:

- Derecho al buen trato.
- Derecho a sentirse dueña de su cuerpo (consentimiento informado).
- Derecho a expresarse según su necesidad.
- Derecho a no someterse a rutinas medicas innecesarias como el rasurado, el enema y la episiotomía (según OMS).
- Derecho a elegir.
- Derecho a sentir placer y sentir dolor.
- Derecho a tener miedo.
- Derecho a estar acompañada por quien ella decida, en el momento del parto, sea este natural o por cesárea. (En Uruguay: Ley 17386/2001).

DECALOGO DE LOS DERECHOS DEL NACIMIENTO

Se ha realizado un compendio de los derechos en torno al nacimiento tomando en cuenta los principios de la OMS antes mencionados, las recomendaciones de la OMS derivadas de la Declaración de Fortaleza en el año 1985 y las recomendaciones de UNICEF (“10 pasos para una lactancia feliz”).

1. El bebé tiene derecho al reconocimiento de su capacidad

física y emocional, en su vida intrauterina y extrauterina y, especialmente, durante el tránsito entre ambas.

2. El bebé y su madre tienen derecho a intimidad y respeto antes, durante y después del parto.

3. El bebé tiene derecho a ser atendido personalmente por su madre, como mínimo, durante el primer año. La madre tiene derecho a disfrutar del contacto íntimo con su bebé cuando desee.

4. El bebé tiene derecho a disfrutar de lactancia materna a demanda, al menos, durante el primer año (actualmente la OMS recomienda hasta los dos años). Y tiene derecho a que durante su estancia en el hospital se respeten los “10 pasos para una lactancia feliz” establecidos por UNICEF y la OMS.

5. El bebé y su madre tienen derecho a permanecer juntos en las horas y días siguientes al nacimiento. Ninguna exploración ni instancia hospitalaria justifica la separación de ambos.

6. El bebé prematuro tiene derecho a ser incubado con el Método Madre Canguro. Ninguna unidad de neonatología es más saludable para el bebé que la piel materna.

7. El bebé y su madre tienen derecho a que se respeten el momento, ritmo, ambiente y compañía en el parto-nacimiento y a que el mismo transcurra de forma fisiológica. Un bebé y madre sanos tienen derecho a no ser tratados como enfermos.

8. El bebé intraútero tiene derecho a que el bienestar emocional de su madre no sea alterado por un exceso y abuso de controles durante la gestación.

9. Los padres tienen derecho a buscar y derecho a recibir toda la información y a estar bien asesorados y a tomar personalmente todas las decisiones relacionadas con el bienestar del bebé.

Las actitudes y el enfoque del equipo son determinantes a la hora de cumplir estos derechos.

Muchas veces ciertas actitudes, aunque no lo sean manifiestamente, pueden resultar violentas para los usuarios: el no tener en cuenta estas condiciones, el no ser escuchados, el que no se disponga de

tiempo suficiente; pero también la violencia dentro del propio equipo influye, no sólo en el funcionamiento interno, sino en la relación con las personas que atienden ya que esta violencia del equipo entre sí, siempre es percibida por los usuarios.

Situaciones de competencia, rivalidad, celos, envidia y discrepancias se traslucen en la labor asistencial, pero lo peor y muy frecuente es que no sólo se traslucen y se dejan entrever, sino que se actúan (acting) y la mayoría de las veces, frente a los propios interesados:

¿Podemos pedir mayor violencia que discutir y/o discrepar sobre la situación clínica de la mujer delante de ella misma y su familia?

La vulnerabilidad emocional en ese momento es tal, que es difícil poder frenar esas actitudes del equipo y lo que sucede es que se viven y se sufren (y esto sí es sufrir) pasivamente.

Esta dinámica es la que resquebraja, cuando no destruye (y de ahí tantas demandas y juicios) el vínculo asistencial.

Entonces llegamos a un punto en el que es necesario y vital preguntarse:

“¿Dónde ha quedado la confianza del usuario?
y la vocación del equipo?”

Me atrevería a decir que están seriamente amenazadas por la mercantilización de la asistencia, donde se entrecruzan y entrelazan la necesidad económica (multiempleo) y el afán de poder, en detrimento de la calidad y del vínculo asistencial que hoy por hoy se encuentra deteriorado.

En este punto mi trabajo se transforma en un trabajo militante donde no queda otra opción que desearnos y pedirnos a nosotros mismos:

¡RECONSTRUYAMOS EL VÍNCULO ASISTENCIAL!

¿Cómo hacerlo?

Se me ocurren algunas ideas, estoy segura que a Uds. muchas más, pero les muestro las mías y luego quizás intercambiamos y

porque no? logremos algunos cambios con sólo haberlo pensado y reflexionado.

- Reencontrarse con la vocación.
- Ofrecer tiempo y escucha.
- Promover el diálogo y la expresión de dudas y temores.
- Crear un vínculo de confianza con la embarazada y su familia.
- Que la información que se brinde sea: clara, precisa, repetida todas las veces que sea necesario y con criterios unificados.
- Que los problemas personales y/o laborales no interfieran en la tarea.
- Si ésto sucede, solicitar apoyo y orientación de los colegas y/o del psicólogo del equipo o de la institución.

Un equipo que se anime a REVOLUCIONAR la forma de nacer y a RE-EVOLUCIONAR en su quehacer profesional.

Tenemos suerte que existen muchos equipos que comparten estos criterios y que tienen en cuenta los deseos y derechos de las mujeres a la hora de parir, pero no es suficiente ni debe quedar librado a la buena voluntad de algunos, es necesario que exista un cambio de mentalidad y de concepciones, lo cual como dijimos no es sencillo, pero tampoco imposible.

Es así que entendemos al vínculo *madre-hijo* desde el momento del nacimiento como *el vínculo que construye al mundo*, sin temor alguno a estar exagerando, y haciendo acuerdo con el Dr. Odent, quien ve al *“nacimiento como el punto de partida en el desarrollo de la capacidad de amar del ser humano”*.

“La relación que se establece entre una madre y su bebé es una experiencia especial, singular e intensa. Los bebés son capaces de recibir y responder a los vínculos afectivos en cualquier momento ¡y cuánto antes mejor! La hora siguiente al nacimiento, es sin duda,

una de las fases más críticas en la vida de los seres humanos. Es la hora-cuna del apego.

Este momento es fundamental para el desarrollo emocional del ser humano y para su inserción en el mundo ya que está desarrollando las bases de su inteligencia, personalidad y su capacidad de amar”.

Continúa el Dr. Odent “Resulta irónico que los mamíferos no humanos, cuyo neocórtex no está tan desarrollado como el nuestro cuenten con una estrategia para dar a luz en privado. La sensación de seguridad es un requisito previo para mantener el estado de privacidad. Para uno sentirse seguro, antes debe sentirse protegido...”

Pensemos entonces, si las formas habituales de asistir el parto y el nacimiento contemplan todas estas necesidades y tal vez nos veamos enfrentados a la realidad que desde la medicalización de la asistencia del parto, se ha violentado este momento.

Los primeros contactos del bebé con el mundo condicionan su vida emocional y la de sus padres. Ellos deben aprovechar esta oportunidad.

**¡Y nosotros como equipo no se lo podemos negar
a ellos ni al mundo!**

Me pregunto, les pregunto y les invito a pensar, si haciendo predominar la tecnología y los avances científicos sobre la situación emocional y social que implica un nacimiento, no se habrá promovido, de alguna forma, la violencia que actualmente estamos viviendo de manera tan cruda.

ES HORA DE NACER A UNA NUEVA ESPERANZA

Considero que nacer sin violencia y educar a nuestros hijos con el sentido del respeto por sí mismo y por el otro son los primeros pasos para disminuir la violencia social y esto depende solo de

nosotros mismos.

*DEBEMOS ENCONTRAR EN EL NACER
UNA FORMA DE RE-NACER A LA PAZ*

BIBLIOGRAFÍA

- BRAZELTON, T., CRAMER, B. (1990): La relación más temprana.
- DAVIS FLOYD, R. (1998): From doctor to Healer.
- FERNANDEZ DEL CASTILLO, I. (2006): La revolución del nacimiento. Intimidación en el parto: el parto de los mamíferos.
- GRANDI, G. (2007): Nacer y vivir sin violencia (I). Congreso FLAPIA.
- GRANDI, G. (2010): Nacer y vivir sin violencia (II). Congreso Psicología Médica.
- McCRACKEN, L. (2002): Parto Medicalizado. Publicado en El País (España).
- MSP (2008) Guías en Salud Sexual y Reproductiva.
- ODENT, M. (1987): The foetus ejection reflex.
- ODENT, M. (1991): Fear of death during labour.
- ODENT, M. (2002): El nacimiento y los orígenes de la violencia. Publicado en revista *Obstare* N°7.
- ODENT, M. (2007): El bebé es un mamífero.
- ODENT, M. (2008): Ecología Prenatal.
- SERRALLER, M. (2006): El parto, un proceso natural que se medicaliza.
- ZIELER, J.: ¿Qué es la humanización del nacimiento?
- <http://pdn.pangea.org/plataforma.html> - Derechos del Naci-

**IMPACTO DE LA VISITA DOMICILIARIA DEL RECIÉN NACIDO EN
UNA INSTITUCIÓN PRIVADA (CASMU - IAMPP)
(Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011)**

AUTORA: *Dra. Gabriela Guidobono*

PALABRAS CLAVE: Recién nacido (RN); visita domiciliaria (VD)

RESUMEN: La atención en la Maternidad de la institución se acompaña de muchas actividades al alta del usuario que permiten asegurar una continuidad en la atención integral del usuario y su familia apuntando fuertemente a la prevención y promoción de salud acompañando las metas prestacionales del Ministerio de Salud Pública. La Institución tiene una amplia experiencia en la visita domiciliaria de la población detectada de riesgo, desarrollada a partir del año 1976.

La **visita domiciliaria** se define como una actividad realizada por los integrantes del equipo de salud en el hogar de la familia con cierto riesgo, con el objetivo de continuar la relación asistencial en forma integral, considerando el entorno en todas sus aristas. Los procesos centran su atención en la prevención, protección y recuperación de la salud.

Los procesos de atención permiten:

- La promoción de salud.
- Implementación de medidas preventivas.
- Mejor adaptación de los recursos familiares a la situación actual.
- El abordaje de necesidades y problemas planteados.
- Contribución a la rehabilitación del binomio con participación de la familia en su propio entorno.

Este servicio desde su inicio, viene utilizando diversas estrategias en el seguimiento de los RN, las que se enriquecieron a partir de la propia experiencia del equipo con intervenciones más eficaces y eficientes. Se señalan dentro de ellas: apoyo de lactancia, detección de situaciones de riesgo ambiental, seguimiento de recién nacidos con patologías congénitas, prematuros en crecimiento entre otras. Las mismas coinciden con las actuales políticas de salud.

Los Criterios habituales de derivación del recién nacido para seguimiento son:

- Pretérminos menores de 35 semanas de edad gestacional.
- Bajo peso.
- Trastornos en la alimentación.
- Defectos congénitos.
- Altas de Cuidado Intermedio o Centro Tratamiento Intensivo.
- Problemas en la lactancia.
- Embarazos múltiples.

En el correr del tiempo se han incorporado otros causales, los que obedecen a cambios en la población asistida:

- Hijo de madres adolescentes.
- Hijo de madres consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Hijos de madres donde se detectaron antecedentes de violencia doméstica.
- Madres con antecedentes de hijos fallecidos durante el primer año de vida.
- Familias vulnerables.

La estrategia implantada a nivel institucional ha demostrado ser efectiva en el tiempo, generando un experimentado grupo de trabajo abocado a disminuir la morbi mortalidad neonatal y materna.

El incremento en la lactancia logrado con la visita y el apoyo, y la disminución de reingresos son los factores relevantes a destacar. Otro nuevo factor de riesgo identificado, el consumo de drogas psicoactivas, plantea un desafío actual para los integrantes del equipo de VD.

CONSTRUYENDO UN AMBIENTE PROTECTOR

¿QUÉ SE NECESITA PARA CUIDAR

LA SALUD MENTAL DE LOS BEBÉS?

(Ponencia en Mesa Redonda de la Jornada del Bebé, 2011)

AUTORES: *Psicólogas/os Clara Macchi, Diana Olivera, Humberto Giachello, Ivanna Hackembruch y Mariella Servetto (Gerenta de CMI); Peditra: Patricia Laje; Partera: Marcela Fumón*

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Centros Materno Infantiles (CMI) BPS

Es un servicio de atención de la embarazada y el niño hasta los 6 años, esposas e hijos de trabajadores de la actividad privada, en lo que respecta la primer nivel. Cuenta con cinco Centros Materno Infantiles que cubren el área del departamento de Montevideo y zonas aledañas y uno en la ciudad de Pando y zonas aledañas.

Los objetivos de atención en salud de este Servicio se enmarcan dentro de la promoción de salud, prevención primaria y secundaria.

El Servicio de Psicología cubre fundamentalmente dos grandes áreas: la atención área perinatal (embarazada - puérpera y recién nacido) y la atención de los niños hasta los 6 años.

El SNIS impactó en la medida de que gran parte del universo de usuarios por FONASA optaron por una IAMC, por lo que actualmente estamos trabajando en la complementariedad de servicios con ASSE en el primer nivel de atención: RAP, esta complementariedad se ha iniciado en la ciudad de Pando.

CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN

La población atendida está compuesta en términos generales por: familias donde el hombre aporta el sustento económico mientras la mujer permanece cumpliendo el rol de ama de casa, y familias

compuestas por mujeres jefas de hogar sin pareja y con hijos a su cargo.

Hay sectores de esta población que presentan carencias que implican necesidades básicas insatisfechas.

En su mayoría cuentan con una red social de apoyo a nivel primario, siendo pocos los casos que se relacionan en un nivel más amplio del espectro social.

PROYECTO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS TEMPRANAS. ANTECEDENTES.

Un grupo de psicólogos que trabajaban en los CMI - BPS comenzaron en el en el año 2002 un sondeo de factores de riesgo de depresión puerperal (DPP), utilizando como técnica de screening la escala de Edimburgo y la entrevista clínica para la confirmación diagnóstica, con los objetivos de: detectar la presencia de factores de riesgo de DPP, la observación de la relación madre-bebé y si fuera necesario actuar precozmente sobre las posibles consecuencias en el vínculo y en el desarrollo emocional del bebé.

De este sondeo se pudo concluir que:

- Generó una buena oportunidad de prevención secundaria.
- Generó una forma de intervención activa -el psicólogo "sale" del consultorio- de la espera pasiva a "buscar" a las mamás y sus bebés.
- Ayudó a la desmitificación de la depresión por el equipo de salud.
- Logró una mayor sensibilización y conocimiento del equipo de salud de la consideración de factores de riesgo para la derivación oportuna.
- Apertura hacia la necesidad de implementar un abordaje interdisciplinario.

Entonces en uno de los CMI se instrumentó una segunda experiencia

piloto para la detección de la DPP e intervención temprana, promoviendo la participación del equipo interdisciplinario en diferentes etapas de la misma.

Esta nueva experiencia arrojó como resultados a destacar:

- Mayor sensibilización de otros integrantes del equipo de salud. Cada uno desde su lugar, aportaba a "cuidar" a madre y bebé.
- Los seguimientos realizados mostraron mayor efectividad con menor tiempo de intervención.
- Aumento de la captación de "riesgos en el vínculo madre-hijo" en etapas tempranas, de casos que no entraban dentro de las encuestadas.

Se valoró que la eficacia de la intervención interdisciplinaria estaría fundada en la repercusión positiva que tiene sobre el vínculo madre-bebé el tratamiento oportuno de la madre deprimida, y esto sobre el desarrollo afectivo y cognitivo del niño.

Por la repercusión positiva que tiene sobre el estado anímico de la madre el sentirse "cuidada" por el equipo de salud, lo que apunta a potenciar la calidad humana del servicio.

Por la repercusión de retroalimentación del propio equipo cuando logra satisfacción en su tarea.

Llevar a cabo esta iniciativa no insume costo económico alguno para la Institución, sólo una reorganización de la gestión priorizando las acciones de prevención y promoción de salud integral, sobre las puramente médico-curativa pero sí implica un cambio en el modelo asistencial.

A partir de las conceptualizaciones teóricas en las que las depresiones maternas han sido relacionadas con numerosos disfuncionamientos interactivos madre niño, con trastornos funcionales del bebé, trastornos del sueño, trastornos psicossomáticos (Kreisler 1981); a su vez en niños mayores se han vinculado con: inestabilidad, difi-

cultades escolares, trastornos del lenguaje y de la comunicación o dificultades ulteriores en la organización de la personalidad (Kreisler 1981, Stern 1981).

Considerando, además, estudios realizados sobre el impacto negativo de la DPP a largo plazo, incidiendo en trastornos del comportamiento, cognitivos y vinculares del niño, y el interés por el desarrollo de dichas funciones, nos propusimos realizar otra etapa en esta experiencia piloto: Investigar a través del estudio de 30 casos (niños en cuyas madres se detectó DPP y 60 controles (niños nacido en el mismo período y en la aplicación de la EPDS el puntaje fue inferior a 10), pautas de desarrollo cognitivo y funciones ejecutivas en ambos grupos.

¿Cuáles fueron las observaciones más relevantes?

Mayor porcentaje de casos con dificultades en el control de la inhibición, incluyendo el control de la impulsividad y conductas adaptativas.

En dicho grupo se observaron mayores dificultades para el control emocional y ajuste a situaciones nuevas, vinculado con menor confianza en sí mismo y en el otro, menor capacidad de autocuidado y de aceptación de reglas, esperar turnos, expresar emociones.

Observamos -aunque sin poder determinar significación estadísticas- diferencia entre los niños cuyas madres asistieron a las entrevistas de seguimiento y apoyo psicológico, con las que abandonaron luego de la entrevista diagnóstica. O sea no aceptaron una intervención psicológica. En estas últimas persiste la queja pero sin poder "actuar/hacer" para modificar dicha realidad, entonces cabe la pregunta: ¿cómo influye esta "queja materna permanente" en la estructuración del psiquismo del niño y en su funcionamiento cerebral?

Quizás es ahí donde también debemos preguntarnos: cómo actuar desde los servicios de salud para ayudar a transformar esa queja

en realización - empoderamiento. "

Estas diferentes etapas -"mojones"- de la experiencia que venimos desarrollando los psicólogos como grupo a veces, y en otros más o menos en interacción con el resto de los equipos de salud, y a su vez la nueva perspectiva de salud integral con énfasis en la atención primaria, promoción, prevención e intervención oportuna referida en el Programa Nacional de Salud de la Niñez, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Programa Nacional de Salud Mental, nos han permitido e impulsado a elaborar un proyecto de Intervención hacia la madres y el niño pequeño a aplicar en todos los CMI.

Intentamos incluir en esta presentación las diferentes intervenciones que se llevan a cabo por los profesionales de la salud mental para promoverla y prevenir riesgos de trastornos; así como de las acciones institucionales para construir un ambiente sostenedor de la familia apuntando a los que cuidan.

PROPUESTA ACTUAL

1. Promoción de Salud.

Grupos de Psicoprofilaxis del embarazo, parto y puerperio.

En general está representado el equipo sanitario que participa en el cuidado de la salud de la embarazada: ginecólogo, partera, enfermera, asistente social, psicólogo, pediatra, higienista dental y nutricionista.

Se caracterizan por ser instancias educativas grupales con los siguientes objetivos:

* *Participaron en primeras etapas del proceso / antecedentes:*
Psicólogas Anabel Addiego, Gladis Araújo, Helena Capdevielle, Camila Vázquez, Mariella Servetto. TS Laura Calafat, Aux Enf Judith Ifrán, Carmen Santa Cruz, Noelia Denis, Edith Barboza, Pediatras Ana Gerpe, Claudia Laphitz y Cristina Zabala

- Dar a conocer sus Derechos y Responsabilidades.
- Promover comportamientos preventivos que disminuyan el riesgo de la aparición de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y relación con el bebé, tanto desde el punto de vista biológico como el emocional.
- Brindar información sobre cambios fisiológicos y/o sintomatología que son propias de cada etapa, con el objetivo de disminuir ansiedades y motivar la consulta oportuna y precoz frente a posibles complicaciones, en los distintos servicios .
- Aportar información y preparar a la embarazada sobre el preparto, parto, alumbramiento, desde lo cognitivo y físico, con ejercicios de relajación respiratorios y otros elementos que le permitan vivir el parto como una experiencia satisfactoria.
- Fomentar la participación en todas las etapas de la pareja u otro referente afectivo que pueda acompañar y apoyar a la embarazada atento a los beneficios que ello aporta a los resultados maternos y perinatales.
- Informar y reflexionar acerca de las Buenas Prácticas de Alimentación.
- Instrumentar sobre planificación familiar.

La intervención del psicólogo en estos cursos, no se dirige tanto a dar información, sino a desdramatizar y desidealizar la experiencia de ser madres y padres, favoreciendo la comunicación, la expresión y la posibilidad de compartir en el grupo los sentimientos y experiencias que no encajan dentro del "ideal maternal", los sentimientos encontrados: la ambivalencia, el enojo, la tristeza, la irritabilidad.

Actividades Educativas en sala de espera Actividades Educativas interinstitucionales

2. Controles en salud: prevención primaria y promoción secundaria. Control del embarazo.

Todas las embarazadas que ingresan al centro materno infantil tienen al menos una entrevista clínica con psicólogo durante el embarazo.

Aquellas que presentan **factores de riesgo** continúan en seguimiento y apoyo psicológico durante el embarazo, de ser necesario son derivadas a psiquiatra.

Se consideran factores de riesgo:

- Tristeza, irritabilidad, no-aceptación del embarazo
- Antecedentes de trastornos del estado de ánimo
- Depresión durante un embarazo previo o posparto
- Conflictos con la pareja (especialmente violencia doméstica)
- Falta de apoyo social-familiar
- Acontecimientos recientes estresantes
- Antecedentes gineco-obstétricos (AE, abortos provocados, óbitos, otras complicaciones)
- Necesidades básicas insatisfechas

Aquellas embarazadas que no presentan factores de riesgo:

- se las invita a participar en curso preparación para el parto.
- se ofrece consultas a demanda espontánea durante el embarazo.
- se coordina próximo encuentro para cuando el futuro recién nacido cumpla dos meses de vida.

Control del puerperio.

A los dos meses del parto se aplica Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, COX) y/o entrevista clínica psicológica.

En la entrevista clínica psicológica se indaga especialmente:

- Abatimiento
- Pérdida de la capacidad de disfrutar de la vida
- Falta de interés

- Llanto
- Imposibilidad de concentrarse
- Ideas de lesión de sí misma o de suicidio
- Ideas fugaces, frecuentes y repentinas de lesionar al bebé

Ante la presencia de factores indicadores de probable depresión posparto (EDPS), se realiza entrevista clínica confirmatoria de DPP y se establece un plan de seguimiento de la paciente con apoyo psicológico y eventualmente psiquiátrico hasta seis meses posparto. Independientemente de lo anterior todas las puérperas tienen derecho a consultar espontáneamente a psicólogo durante los seis meses posparto.

Control del vínculo temprano y maduración del niño.

Se establece un primer control del bebé a los dos meses de nacido durante entrevista la puérpera, en el cual se indaga y observa sobre vínculo y reacciones del bebé.

Todos los niños deben tener por lo menos un control del vínculo temprano antes de cumplir el primer año de vida y otro en el segundo año de vida.

Objetivo: Evaluar calidad del vínculo de la díada madre-hijo y también el desarrollo emocional y cognitivo antes de los 2 años de edad del niño.

No obstante esta pauta, las madres o cualquiera de los cuidadores del niño pueden consultar en forma espontánea al servicio psicológico, si lo requieren, o por derivación de otros profesional del equipo de salud. Hemos constatado que a través del establecimiento de los "controles en salud mental" si bien en algunos caso ofrece resistencia, se va generando un cambio de actitud tanto de los usuarios como de otros profesionales a incluir la "consulta" psicológica de forma más natural, espontánea y por tanto con mayor potencial preventivo.

3. Intervención en el puerperio para el fortalecimiento del vínculo

temprano y la lactancia.

Destacamos la importancia de captar a las puérperas en los primeros días después del parto, ya que es en esos días es cuando más se sienten estresadas debido a que:

- Se enfrentan a: el "bebé real" vs. el "bebé fantaseado, idealizado" .
- Se encuentran recuperándose del parto, con las complicaciones que puedan haber atravesado.
- por lo general, salvo que vivan con otros familiares, la pareja vuelve a trabajar y la mamá siente que "se queda sola" con los temores que ello implica.
- Muchas veces la sobre exigencia personal y cultural de "madre ideal" -las fuerza a mostrar que pueden con todo, con su hijo, sus dolores, su cansancio, la casa- eso conlleva frecuentemente a acentuar la crisis normal.
- Si el bebé no se prende en seguida al pecho, o se prende mal -se cuestionan si son "buenas madres"- se angustian, lo que puede llevar al abandono de la lactancia y la desvalorización de su rol.
- Sobre todo en madres jóvenes o muy sobreprotegidas por su entorno, observamos que no pueden pasar fácilmente del rol de " hijas" al de " madre".
- Cuesta pasar de ser ellas el centro de atención, mimos y cuidados de todo el entorno familiar y, de su pareja, pues las atenciones pasan a ser todas para el bebé, lo que fomenta sentimientos ambivalentes de amor maternal y de rivalidad con su hijo.
- Observamos con cierta frecuencia presencia de conflictos sin resolver con sus padres, lo que va a afectar la percepción del hijo verdadero y crear desajustes porque no se están relacionando con él, sino con sus propios "fantasmas"
- Se hace necesario a veces, intervenir para sostenerlas a que puedan "decodificar" a su hijo: qué necesita, qué comunica

- mediante su llanto, así como poder aceptar la frustración del desencuentro y poder confiar en sí mismas para reintentarlo.
- Ayudarlas a discriminarse de otras madres (la propia, la de su esposo, la de sus fantasías) y valorarse como tal, permitiéndose el apego.

Muchas veces las dificultades en la lactancia enmascaran las propias del vínculo, no sólo de la mamá y de su bebé, sino de la integración de este nuevo ser en la dinámica familiar y en el proyecto vital de la madre y la pareja cuando está presente. La consulta prenatal con psicología es fundamental, ya que permite detectar precozmente factores propios de la historia personal de la madre y su relación con su familia de origen.

Es importante no centrarnos en la dificultad en la técnica de lactancia, por ejemplo, sino facilitar la participación en la consulta de otros integrantes de la familia, lo que nos permite observar como interactúan con la mujer y el bebé. El ampliar la mirada nos permite en muchas oportunidades habilitar a la mujer para expresar sus inseguridades o ansiedades sobre la lactancia, crianza de su hijo/a.

Si la evolución es buena, después de los 2 meses se programa un control a los 6 meses cuando comienzan a introducir alimentos sólidos, una etapa bien importante y que frecuentemente requiere apoyo del equipo de salud.

4. Evaluación del Bebé.

La venida del Prof. Bertrand Cramer a Montevideo tuvo un fuerte impacto en las prácticas institucionales de los psicólogos de los CMI.

Iniciamos un nuevo período de trabajo donde se dejó de esperar la derivación o demanda espontánea familiar ante una dificultad para pasar a intervenir tempranamente. Así la importancia del ambiente o entorno familiar en el desarrollo del niño y las vivencias subjetivas

del embarazo y la maternidad se sumaron a los principales puntos de interés de nuestra actividad.

Los psicólogos intervenimos en forma precoz en la captación y seguimiento de la embarazada y puérpera. A esto sumamos la intervención a los dos meses de vida del niño con la aplicación de la Escala de Detección de la Depresión puerperal (EDPS de Cox). Junto a la entrevista clínica de la puérpera y la evaluación relacional en la díada madre-hijo.

Con el seguimiento de los primeros años de vida del bebé es uno de nuestros mayores intereses lograr realizar una evaluación precisa del desarrollo emocional y cognitivo del niño de 0 a 2 años. Adhiriéndonos a priorizar los primeros treinta y tres meses que: “definen el partido”.

A modo global digamos que estamos dirigiendo nuestras lecturas hacia el apego a partir de Bowlby y continuadores.

Especialmente los estudios recientes de Peter Fonagy sobre la mentalización y la trasmisión transgeneracional de los estilos de apego están siendo el foco de nuestra atención teórica.

Al mismo tiempo estamos en un proceso de búsqueda y prueba de herramientas que resulten eficaces para una correcta evaluación del desarrollo cognitivo y emocional de niño. En este sentido estamos evaluando el uso de diferentes escalas, entre otras: ADBB, Rosenthal, las pautas de desarrollo del Programa de Niñez del MSP y el instrumento Pesquisa Breve para alteraciones de Desarrollo en niños y niñas formulado por el equipo técnico de la Mesa Primera Infancia de la Unión.

En este período de prueba y selección de escalas se nos hace evidente la necesaria coordinación con pediatría y enfermería pediátrica para concretar la posibilidad de implementación y fortalecernos mutuamente.

En el momento actual este es uno de los principales desafíos que

enfrentamos los psicólogos, para llegar a protocolizar el instrumento a utilizar y/o jerarquizar.

EL EQUIPO DE SALUD COMO AMBIENTE PROTECTOR

Hemos hecho referencia en varias oportunidades al equipo de trabajo, destacando la importancia de la interdisciplinariedad en la intervenciones como factor potenciador de las mismas, en la medida que es una forma de cuidado y autocuidado de los que cuidan a los que cuidan.

Pero cuál es la realidad:

- El trabajo en equipo es difícil.
- Cuesta mucho darse un tiempo para pensar juntos.
- Cuesta salir de las "chacritas".
- Existen a nivel de los trabajadores de salud importantes factores de riesgo psicosocial, estrés, burn out.

Desde el proyecto de esta dirección entendimos como una de los objetivos específicos tender al desarrollo del potencial humano del personal de salud.

¿Cómo?:

- Generando un ambiente laboral de confianza y credibilidad, de manera que se transforme en lugar de creatividad, desarrollo y disfrute. Para ello se consideraron necesarias las siguientes acciones: informar, comunicar, atender las transiciones necesarias y las resistencias al cambio.
- Fomentando el necesario cambio cultural en la organización y motivando para el compromiso y empoderamiento.
- Estableciendo el Trabajo en Equipo como práctica sistematizada en todos los CMIs.
- Coordinar y delegar tareas, así como generar instancias de evaluación sistemática del cumplimiento de las mismas.
- Fomentar la capacitación continua y la motivación para la mis-

ma, así atender a las necesidades percibidas por los equipos de trabajo.

- Fomentar el intercambio de conocimiento, así como las instancias de participación activa y recreación.
- Coordinar acciones con la unidad de Salud Laboral. En este sentido se realizó un plan para realizar una evaluación de factores de riesgos psicosociales al conjunto de los trabajadores, además de la atención de situaciones particulares.

Estas acciones han tenido incidencia en general positiva, pero también resistencias, a algo más de una año de su puesta en marcha aún no nos permite evaluar resultados tangible, porque sin duda el impacto es a mediano y largo plazo.

No obstante consideramos que es un aspecto que no podemos olvidar, ni eludir, sobre el que no podemos dejar de trabajar si buscamos promover salud mental, basta remitirnos al PNSM; y sin duda va unido a profundizar en las condiciones laborales necesarias para hacer un ambiente de trabajo saludable que promueva la salud de los usuarios y la comunidad.

Evaluando el costo/beneficio, entendemos que sin duda requiere una inversión **de y en** recursos humanos destinados a tareas que no son asistenciales, o que no están dirigidas a la atención directa, pero van reflejarse en beneficio de ella, y deberá evaluarse en indicadores de calidad asistencial y del servicio: eficacia - eficiencia - humanización de la atención, satisfacción de trabajadores y usuarios.

PORQUE LA INFANCIA ES CAPITAL

AUTORES: *Departamento de Desarrollo Social, División Salud, Secretaría de Infancia, Objetivos de Milenio, Intendencia Departamental de Montevideo.*

Vivimos en un país con muy pocos nacimientos. Apenas nacen 48.000 nuevos uruguayos cada año. Aun peligra con dichas cifras el nivel de reemplazo poblacional.

En Montevideo nace más de la tercera parte de dichos uruguayos: 17.000 niños cada año se integran a la población montevideana, donde habita el 40% de la población del país.

Una comunidad que se preocupe por su desarrollo y bienestar debe prestar atención a la felicidad de sus niños:

- ¿Cómo nacen los niños en Montevideo?

1 de cada 2 nace en hogares pobres (44,1%) -pobreza económica- y algunos más nacen en hogares con pobreza socio-cultural (pobres maternajes y paternajes, maltrato familiar). (fuente: Encuesta Continua Hogares 2009)

La pobreza global viene descendiendo en la población general y también la indigencia. Pero ambas se concentran en la población infantil.

- ¿Cómo sobreviven estos niños?

Algunas de las condiciones que nos preocupan son:

- ♦ alta prevalencia de anemia en el sector público
- ♦ dificultades de desarrollo
- ♦ dificultades de aprendizaje
- ♦ alta prevalencia de patología mental temprana

Sabemos que los hogares montevideanos han perdido competencias para la crianza: vemos cuantas familias se han desintegrado, observamos las horas de trabajo de los padres, incluyendo las madres, que merman el cuidado propio hacia sus hijos. Confirmamos

la pérdida de hábitos socializantes en las familias, y el rol de las pantallas en la crianza, en hogares de clases sociales diversas. Nos enteramos de situaciones de maltrato infantil todos los días. Sabemos de la preocupación del sector salud por la depresión materna, por la frecuente condición de consumos de sustancias, por muchos sufrimientos por violencia doméstica.

Desde el Departamento de Desarrollo Social y en particular desde la División Salud y la Secretaría de Infancia, nos preocupa y nos ocupamos de jerarquizar la labor hacia la primera infancia.

- Porque la equidad se construye desde la infancia.
- Porque muchos niños tienen vulnerados sus derechos desde su concepción.
- Porque autoridades y comunidades deben conocer sus riesgos, y también sus posibles apoyos.
- Porque los ámbitos locales -los municipios- son los más próximos a las familias y a sus necesidades.

Comentamos en síntesis breve las principales acciones que desarrollamos en este campo:

A) Desde la DIVISIÓN SALUD

se desarrollan acciones en 2 niveles: desde el nivel específico de la prestación de salud a usuarios de policlínicas municipales (en convenio con ASSE, mayoritariamente) y desde un accionar territorial hacia los municipios más poblados y pobres.

1 - Atención a la Salud desde el Servicio de Atención a la Salud.

- ◆ 21 policlínicas en convenio con ASSE
- ◆ Equipos interdisciplinarios en modelo APS
- ◆ Atención a embarazadas

- ♦ Atención a bebés desde Programa Aduana
- ♦ Continuidad de atención a niños y niñas
- ♦ Actividades promocionales hacia familias y comunidad

La atención en las policlínicas de la Intendencia -primer nivel de atención- vincula con barrios mayormente periféricos, complementando las prestaciones en base al convenio de complementación con ASSE y con el Hospital Policial.

Desde hace más de 20 años se desarrolla un modelo de atención con base interdisciplinaria, integral e integradora, con énfasis en la promoción de salud y la asistencia oportuna, en dialogo horizontal con usuarios, vecinos y organizaciones locales, promoviendo la participación vecinal.

Con respecto a la atención de bebés y madres, se realiza el seguimiento del embarazo y se recibe a los bebés coordinando con Programa Aduana de ASSE, realizando sus controles periódicos con fuerte enfoque promocional, apoyados en la estrategia AIEPI (favoreciendo los aprendizajes para mejor crianza y explicando los signos de alarma a las familias para la detección precoz).

Se concurre a visitarlos si faltan a la cita o si se detectan riesgos variados, para apoyar a la familia. Se las vincula con redes sociales, con Centros CAIF y Centros del Programa Nuestros Niños.

De los 6.000 niños que nacen en el CHPR y viven en Montevideo, las policlínicas de la Intendencia son responsables del control y seguimiento de la cuarta parte de los mismos, muchos de ellos usuarios sin carné formal de ASSE, a quienes se orienta para su consecución.

Con respecto a las acciones hacia el territorio, señalamos:

2 - Proyecto de Sensibilización comunitaria: Infancia Feliz.

Proyecto que promueve la mejor crianza de los bebés a través de

promotores vecinales de buenas prácticas. Propuesta de acción coordinada localmente desde 4 policlínicas (plan piloto), con Centros del Programa Nuestros Niños, Centros CAIF y Centros INAU.

Se busca identificar a madres, abuelas, vecinas y vecinos preocupados por los niños del barrio, apoyarlos en su reflexión sobre la crianza y cómo promover conjuntamente con ellos mensajes saludables en sus ámbitos.

Los equipos de salud aportan elementos sobre el desarrollo infantil, la lactancia y alimentación, el apego, y cómo promover mejores cuidados, en base a conocer la importancia de los primeros años en la vida de las personas. Este Proyecto se encuentra en etapas iniciales.

3 - Apoyo a la articulación municipal de servicios de primera infancia.

promovemos desde División Salud la jerarquización de la infancia temprana en los municipios donde nacen más niños y más pobres (Municipio A: Cerro, Paso Arena, La Teja / Municipio D: Casavalle, Marconi, Piedras Blancas / Municipio F: Flor de Maroñas, Villa García). Estos 3 Municipios son las CUNAS del PAIS, ahí nacen entre 3.500 a 4000 niños por año.

Para esto se han convocado en 2 Municipios, el A y el D, desde alcalde y alcaldesa, a todos los servicios de atención a la Primera Infancia para articular y apoyar sus acciones.

Las redes y articulaciones de primera infancia tienen características e intereses diferentes que las redes de infancia escolar, ya que vinculan mucho más fuertemente con las familias y el rol promotor de hábitos saludables de crianza puede afianzarse a partir del protagonismo y apoyo municipal.

4 - Acción de apoyo a familias más vulnerables con niños de infancia temprana en su habitat, su alimentación y cuidados.

En atención a la identificación de niños y familias en condición de suma vulnerabilidad, en ocasión de la visita de Programa Aduana -familias sin cocina, sin baños, con falta de alimentos- desde la División Salud se está coordinando con diversos actores departamentales y nacionales para brindar apoyos y superar situaciones críticas (Saneamiento, Plan Juntos, Programa de Apoyo en Materiales, canastas, etc).

Esta actividad se está realizando desde 2 enclaves priorizados actualmente: zona Casavalle y zona Cerro.

Finalmente, vale señalar que coincidiendo con el interés generado por el accionar de Canelones Crece Contigo, como programa de cercanía y continuidad hacia familias con niños pequeños en condición de vulnerabilidad -Programa que desde el nivel nacional se está promoviendo con política social- Montevideo está bregando porque el futuro Plan Uruguay Crece Contigo tenga pronta concreción en zonas del depto. de Montevideo, donde se concentra la infancia y la pobreza.

B) desde la SECRETARÍA DE INFANCIA

1 - Se ejecuta desde 1990 el Programa Nuestros Niños.

Se trata de un modelo de intervención socio-educativo pionero en Educación infantil, hacia niños de 6 meses a 3 años y sus familias en situación de pobreza, que brindan espacios de desarrollo de potencialidades en áreas pedagógica didáctica nutricional y sanitaria.

Existen 18 Centros Comunitarios de Educación Infantil + 13 Centros por Modalidad de Becas (1.600 niños en atención diaria).

Son atendidos por equipos docentes con maestra, educadoras, educadoras alimentarias, y cuentan con apoyos técnicos desde la División Salud de la IM, desde la Universidad de la República (Cátedra de Psiquiatría Infantil, Cátedra de Parasitología) y diversas ONGs.

Su gestión se basa en un modelo de co-gestión con sociedad civil.

2 - Participación en la Revista Infancia Latinoamericana.

Desde la Secretaría de Infancia se participa en la generación de la Revista Infancia Latinoamericana, propuesta desde Barcelona, desde la Asociación de Maestros Rosa Sensat, hacia el fortalecimiento de la red de educadores en primera infancia.

- ♦ Montevideo participa e integra el Consejo de Redacción.
- ♦ Este año se editan 3 revistas digitales de acceso gratuito para maestros, educadores y profesionales que trabajan en 1ª infancia.

www.rosasensat.org/revista

www.montevideo.gub.uy/institucional/politicas/sociales/infancia/infancia

C) Desde OBJETIVOS DEL MILENIO (ODM)

El sector Objetivos del Milenio es una dependencia técnica del Departamento de Desarrollo Social sustentada en sus inicios por PNUD-UNICEF en 2009 para generar Plan de Acción de apoyo a los ODM.

Fueron seleccionados en Montevideo los 4 ODM vinculados a primera infancia y familia, buscando promover la importancia de la infancia temprana y la calidad de su atención.

Se realizaron acciones de sensibilización general en el año 2010, promoviendo la sensibilización comunitaria en base al lema LA INFANCIA ES CAPITAL.

Esta actividad hoy está integrada como dependencia institucional y se promueve LA INFANCIA ES CAPITAL a nivel de los Municipios. Se vienen realizando actividades de sensibilización comunitaria en los Municipios A, B y C con participación local y apoyos centrales

¿QUÉ SE JUEGA EN EL JUEGO?⁽¹⁾

GRILLA DE INDICADORES DE LUDICIDAD

AUTORAS: *Psic. Mady Correa, Psic. Silvana Vignale*

PALABRAS CLAVE: Indicadores de ludicidad; primera infancia; juego; vertiente inter e intrasubjetiva.

RESUMEN: El presente trabajo procura acercar una nueva mirada sobre el juego en la primera infancia. Alcanzar una visión sintética y a la vez abarcativa de todo lo que “se juega en el juego”, desde una vertiente inter e intrasubjetiva.

Elaboramos una grilla de indicadores de ludicidad de 0 a 5 años. Dispusimos una serie de columnas: estas abarcan las edades estimadas, los juegos principales y la descripción de ciertas características que den cuenta de los procesos que se van desplegando. Las otras columnas intentan, por un lado, dar una pincelada de algunas de las funciones que pueden desempeñar para la maduración psicoafectiva del niño cada serie de juegos y por otro, mostrar ciertas condiciones que el entorno, los adultos que rodean al niño, deberían facilitar, pues de su creación y sostén depende también lo que allí se juega.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo procura acercar una nueva mirada sobre el juego en la primera infancia. Sabido es por todos quienes trabajamos con niños, que el juego es la herramienta principal que disponemos para conocer el paisaje infantil. Asimismo, lo lúdico puede ser testigo de lo cualitativo de un encuentro, pero más protagónico es su papel cuando se halla en el corazón mismo de un vínculo que pulsa por

1.-Curso dictado en Montevideo el 13 de agosto de 2011

constituirse como tal.

Es así que pensamos en estudiar y alcanzar una visión más abarcativa de todo lo que “se juega en el juego”, desde una vertiente inter e intrasubjetiva.

Esta tarea nos condujo por un camino paradójal en el cual, por una parte sintetizamos lo esencial de las ideas más actuales de diferentes autores y, por otra parte, ampliamos estas conceptualizaciones, al profundizar en ellas. Entonces, junto con aportes propios, elaboramos una grilla de indicadores de ludicidad de 0 a 5 años.

Entendemos la ludicidad como una cualidad del ser humano que implica transformar, a través del vínculo con un otro significativo, una potencialidad lúdica en acciones concretas de juego.

Por consiguiente, para observar a través de una grilla las trazas cualitativas que va cobrando tanto el vínculo como el propio desarrollo del niño, dispusimos una serie de columnas. Éstas abarcan las edades estimadas, los juegos principales y la descripción de ciertas características que den cuenta de los procesos que se van desplegando.

Las otras columnas intentan, por un lado, dar una pincelada por algunas de las funciones subjetivantes que pueden desempeñar para la maduración psicoafectiva del niño y por otro, mostrar ciertas condiciones que el entorno, los adultos que rodean al niño, deberían facilitar, pues de su creación y sostén depende también lo que allí se juega.

GRILLAS DE INDICADORES DE LUDICIDAD DE 0 A 5 AÑOS

Para finalizar, queremos compartir nuestro deseo de que esta integración de las distintas facetas de lo lúdico, por un lado sirva a todos aquellos que trabajan con la primera infancia, para pensar cómo jugamos nosotros, dado la relevancia que tiene el juego como uno de los factores estructurantes del psiquismo humano. Y por otro lado, nos sirva también para pensar en la importancia de detenernos a observar las interacciones lúdicas, propiciando y sosteniendo, en el ámbito de nuestra tarea cotidiana, el juego creador, creativo y espontáneo.

BIBLIOGRAFÍA

- APPELL, G. et TARDOS, A. Prendre soin d'un jeune enfant. Paris. Ed. Érès, 2005
- BOTBOL-ACRECHE, M. Símbolo y diábolo. Trabajo presentado en Encuentro Internacional, Barcelona, 2002
- BOUBLI, M. ; KONICHECKIS, A. et al. Clinique psych-analytique de la sensorialité. Paris. Ed. Dunod, 2002
- BRUNN, A.; BERNARD, CH.; BRUN, A.; GODIN, G.; MELLIER, M.; JOUBERT, CH.; et al. La Temporalité . Les Cahiers du CRPPC, 2007. N°16. avril
- CICCONI, A. La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Paris. Ed. Dunod. 2011
- CHOUVIER, B. ANZIEU, D.; HAAG, G.; MILNER, M.; ANAUT, M.; LEFEBVRE, A. et al. Matière à symbolisation. Art, création et psychanalyse. Paris. Ed. Delachaux et Niestlé. 2000
- DANON-BOILEAU, L. De la stéréotypie au jeu, l'effet de la séduction. Rev. française de psychanalyse. 2004/1. Vol.6
- DAVID, M. Pour une meilleure connaissance du bébé. Contributions d'Institut Emmi Pikler. En: Loczy: un nouveau paradigme? Paris, Ed. Le fil rouge, 2004
- DAVID, M et TARDOS, A. De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self. Association Pikler-Loczy Pour une réflexion sur l'enfant N°54
- DAVIS, M. y WALLBRIDGE, D. "Límite y espacio; Introducción a la obra de Winnicott. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, 1988
- FONAGY, P. Libro anual de psicoanálisis. XII. Jugando con la realidad. Ed. Escuta Ltda., 1996
- FREIRE DE GARBARINO, M.; WEIGLE, A.; CASAS DE PEREDA, M.; BRAUN DE

- BAGNULO, S. y cols. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. El juego en psicoanálisis de niños. (Compilación). Ed. Imprex SRL. Montevideo, 1986
- GOLSE, B. Loczy: une attention entre absence et présence. En: Loczy: un nouveau paradigme? Paris, Ed. Le fil rouge, 2004
- _____ L'êtré-bébé. Paris, Ed. Le fil rouge, Puf, 2006
- GREEN, A. Jugar con Winnicott. Bs. As. Ed. Amorrortu. 2007
- GUERRA, V. La coreografía del encuentro y la separación. Estética de la subjetivación. (inédito)
- _____ El proceso de simbolización desde una perspectiva intersubjetiva. Uruguay, Publicación MEC-UNESCO. Web. 2009
- GUTFREIND, C. Vida e Arte a expressao humana na saúde mental. Sao Paulo, Ed. Casa de Psicólogo. 2005
- GUTTON, P. Le bébé du psychanalyste. Ed. Paidós-Le Centurion, 1983
- JOLY, F. Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Paris, Ed. In Press, 2003
- KALLO, E. et VAMOS, J. Miroir piklerien. Paris, Le Carnet Psy N° 65-2001
- KONICHECKIS, A. De génération en génération: la subjectivation et les liens précoces. Paris, Ed. Le fil rouge, 2008
- _____ Implication affective des professionnels. Paris, École des parents, 1999
- LACHAL, CH. ASENSI, H ; ROSE MORO, M. Cliniques du jeu. Paris. Ed. La pensée sauvage. 2008
- MAHLER, M. El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar, 1977
- MARCELLI, D. La surprise. Chatouille de l'âme. Paris, Ed. Albin Michel, 2000
- MELLIER, D. L'intégration psyché-soma et le temps de l'intrigue, ce que nous apprennent les bébé.
- NADEL, J. Imiter pour grandir. Paris, Ed. Dunod, 2011
- NADEL, J.; GALISSARD, B.; ROGERS, S.; BURSZTEJN, C.; HAAG, G.; CHARMAN, T. et al. Le diagnostic d'autisme: quoi de neuf? Enfance. 2009. janvier-mars 1. Ed. Necplus.
- NADEL, J.; GUIDETTI, M.; GOLDIN-MEADOW, S.; IVERSON, J. M.; HARRIS, P.L. et al. Multimodalité de la communication dans le développement typique et atypique. Enfance. 2010. juillet-septembre 3. Ed. Necplus.
- ROUSSILLON, R. L'objet "medium malléable" et la conscience de soi. Revue transculturelle. 2001. vol.2 n°2. Paris, Ed. La pensée sauvage

- SAMMARTINO, M. Jugar, repetir y elaborar. Trabajo presentado en la V Jornada del Centre Alberto Campo de la Societat Catalana del Rorschach i mètodes projectius. EL JOC. Barcelona, 2003
- SANVILLE, J. El espacio de juego en la terapia psicoanalítica. Ed. Lumen, 2003
- TARDOS, A. Les taches de l'adulte concernant l'activité ludique de l'enfant. Association Pikler-Loczy pour une reflexion sur l'enfant. N°47
- WINNICOTT, D. Realidad y Juego. España, Ed. Gedisa, 1986
- _____ El proceso de Maduración en el niño. España, Ed. Laia, 1981

**ESTUDIO COGNITIVO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON HISTORIAS DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA
A TRAVÉS DEL WISC III.**

AUTORES: *Lic. Alfredo Parra¹, Dra. Margarita Blengini²*

PALABRAS CLAVE: inteligencia; niños; drogas.

RESUMEN: Sobre la base del estudio de 20 casos se expone un análisis cuantitativo y cualitativo de las fortalezas y debilidades del funcionamiento cognitivo de niños y adolescentes entre 11 años 0 mes, y 15 años 9 meses de edad. Para ello se aplicó el WISC III a pacientes internados para tratamiento específico y portadores de trastornos psicopatológicos severos: Trastornos del Espectro Autista, TDAH, Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastornos Bi-polares, Trastornos Psicóticos. Lo común a estos pacientes es que ingresaron a un Centro especializado de internación a causa de encontrarse en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas. En esta situación de poli consumo, una de las principales sustancias utilizadas es la Pasta Base de Cocaína (PBC).

Se observa que en el 100% de los casos las principales dificultades aparecen en los procesos lingüísticos y en la capacidad de abstracción. Las fortalezas en el funcionamiento cognitivo refieren al procesamiento visual de la información y razonamiento no verbal. Esto concuerda con las investigaciones nacionales acerca de las características cognitivas de los niños en situación de pobreza, por lo que en esta casuística no se ha podido aislar ningún déficit cognitivo específico que pueda pensarse como exclusivamente debido al consumo de PBC.

1: Psicólogo, Docente G II, Facultad de Psicología, Udelar, Integrante de equipo técnico Centro Medio Camino Boulevard, dedicado a la Clínica Psicopatológica Infantil.

2: Psiquiatra Infantil de ASSE, Integrante del Equipo técnico de CMC Boulevard, dedicada a la Clínica Psicopatológica Infantil.

Los resultados pueden relacionarse con carencias afectivas tempranas, trastornos en las relaciones de apego, carencia de estímulos adecuados, y estilos de crianza disfuncionales, todo lo que configura fallas en la constitución subjetiva que habilita el desarrollo cognitivo.

I) INTRODUCCIÓN

La urgencia de la realidad nacional, impele a quienes trabajamos en psicopatología del niño y adolescentes a intentar analizarla y conceptualizarla. El consumo de sustancias en niños y adolescentes, trae graves consecuencias en el desarrollo global y específicamente en las funciones cognitivas. Si bien esto es algo de gran interés por lo profundo de sus repercusiones en los niveles educativo, terapéutico, y social, son pocos los estudios encarados en profundidad para determinar cuáles son las funciones cognitivas más afectadas en estos casos. Se pretende, entonces, contribuir a la coordinación de esfuerzos, en pro de construir estrategias articuladas (y fundamentadas) de diagnóstico y tratamiento en estos trastornos, desde lo concreto de la realidad nacional.

Es ineludible la referencia al marco de desarrollo en el que se asienta el “funcionamiento inteligente”. Tanto las situaciones de calle desde la temprana infancia, así como el consumo de PBC, dificultan la construcción de los pre-requisitos para el desarrollo de las funciones intelectuales. Es decir, al momento de pensar estas problemáticas se entrecruzan una serie de factores individuales, sociales, de las relaciones de apego, genéticos, etc. cuyo tratamiento excede ampliamente los objetivos del presente estudio.

II) CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Se trata de niños y adolescentes, con el mencionado rango etario, internados para tratamiento específico. Del total de los casos expuestos 7 de ellos (35% del total) provienen del interior del país. Este es un dato relevante, ya que esta problemática podría pensarse

como más circunscripta a la capital. No obstante, muchos casos provienen de zonas aledañas a ella, pero otros son derivados desde “el interior profundo” de nuestro país.

Si bien la causal de ingreso inicial es el consumo de sustancias, asociado a la situación de calle y conductas delictivas, el psico-diagnóstico certero y paciente pone de manifiesto una serie de trastornos psicopatológicos subyacentes a estas situaciones. Esto implica leer estas problemáticas desde una óptica del desarrollo, donde las diferentes facetas del mismo se ven afectadas, muchas veces tras años de peregrinaje por instituciones educativas y sociales de la comunidad, sin haber recibido diagnóstico oportuno y tratamiento específico.

El presente estudio alude a dos años de intervención, donde el diagnóstico del desempeño global, en diferentes ámbitos, es un dato clínico clave al momento de establecer juicios acerca del funcionamiento cognitivo. Para ello, además del WISC III se utilizaron otras técnicas e instrumentos de indagación, como el Inventario de Desarrollo de Battelle, CBCL, TRF, test proyectivos, etc.

En los trastornos aquí abordados, confluyen factores hereditarios y ambientales, dando lugar a problemáticas de complejo abordaje. No es posible pensar una “solución” enfocándose en un solo ángulo: social, psicológico o psiquiátrico, debiendo en cambio apelar a lo transdisciplinario tanto para su comprensión como para su abordaje terapéutico. Definiremos estos trastornos de acuerdo a los manuales de diagnóstico como el DSM IV TR o el CIE 10, sin perder de vista su compleja dimensión bio-psico-social, como ellos indican.

Desde el punto de vista psicopatológico la población estudiada (20 adolescentes) presenta comorbilidad con dos grandes grupos de trastornos: Los trastornos disruptivos y los trastornos del espectro autista. Los primeros representan el 75% del total, los segundos el 25%.

Los trastornos disruptivos se subdividen a su vez del siguiente

modo:

	Trastorno Bipolar	4 adolescentes
20%		
	Trastorno Disocial	8 adolescentes
40%		
	Trastorno Oposicionista desafiante	2 adolescentes
15%		

Dentro de los pacientes con trastornos del espectro autista, por definición, existen niveles de funcionamiento muy deficitarios, con escasas capacidades comunicativas, y otros más evolucionados, con mayores niveles de expresión y comprensión del lenguaje y funcionalidad social.

Lo que tienen en común estos pacientes es su procedencia desde medios-socio económicos muy carenciados; la incidencia de estos factores en el desarrollo infantil ha sido objeto de varias investigaciones en nuestro medio (3). Estas coinciden en que los niños que se crían en medios muy desfavorecidos poseen mayor riesgo de presentar retrasos en el desarrollo psicomotor y en la competencia lingüística. Las evaluaciones psicolingüísticas, en efecto, demuestran que estos niños se manejan con representaciones más ligadas al nivel icónico (ligadas a la imagen) y al enactivo (vinculadas a la acción), que al nivel simbólico de la representación, que es el más eficaz para incorporar el aprendizaje, en particular en el ámbito escolar. El lenguaje es un vehículo imprescindible para la adquisición de los procesos psicológicos superiores, los cuales, como afirma Vygotsky, se originan de manera intersubjetiva. Así desde diferentes enfoques teóricos se destaca la importancia de la interacción entre la madre y el niño en el origen del pensamiento.

En relación con las organizaciones familiares, cabe remarcar que en 12 casos, 60% del total, al menos un familiar de primer grado,

mayormente las madres, son portadoras de trastornos diversos: trastorno por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, retraso mental, depresión, y trastornos borderline. Estos datos se basan en la historia clínica de la familia, abordajes psiquiátricos previos, encarcelamiento por tráfico y tenencia de sustancias, etc. Es decir, en muchos casos hay un diagnóstico psiquiátrico que los fundamenta, y en otros se sopesa la mirada clínica, junto al aporte de informantes válidos. El denominador común es que en estas familias vemos modos de comunicación y códigos utilizados que incidirán directamente en el desarrollo de las funciones cognitivas. Esto, debido a que las capacidades de entonamiento y regulación emocional observadas en estos vínculos no favorecen la auto regulación, mentalización, sentimiento básico de seguridad y demás funciones del desarrollo habilitantes del desempeño cognitivo.

III) MARCO TEÓRICO

Utilizamos la definición de David Wechsler de inteligencia como una “entidad compleja y global que de la capacidad del individuo de actuar deliberadamente, pensar racionalmente, y relacionarse eficazmente con su medio” (Wechsler, D. 1944 :pp3)(6). Con más de medio siglo, esta formulación mantiene plena vigencia, en tanto plantea lo inteligente en términos de relacionamiento del individuo con el medio, y no solamente como una capacidad innata, inmodificable, como se la concebía hasta entonces. Las teorías factorialistas de la inteligencia, van a agregar que a esta “capacidad global” se adicionan factores específicos como parte del funcionamiento intelectual. El WISC III, recoge estos planteos y arroja, además de un CI total, un CI verbal y otro ejecutivo, además de 4 CI índices: Organización Perceptiva, Ausencia de Distractibilidad, Conceptualización Verbal y Velocidad de Procesamiento, que arrojan luz sobre una comprensión más abarcativa de un perfil cognitivo singular. Esto implica que la concepción de funcionamiento cognitivo se refiere, en gran parte, a la interacción del niño con el medio, donde lo meramente instrumental se relaciona con una organización

subjetiva y desarrollo emocional que sostienen y estructuran esa dimensión.

Desde aquí observamos que las dificultades en el funcionamiento intelectual se relacionan con dificultades globales del desarrollo: procesos de regulación emocional, mentalización, construcción de la función deseante, vínculos interpersonales y relaciones de apego, que estructuran el yo. Estos son los prerequisites del funcionamiento cognitivo. Dio Bleichmar (1) demuestra cómo la afectación de estos aspectos centrales del desarrollo ocasiona una serie de perturbaciones en el funcionamiento mental que van más allá de lo meramente instrumental. Clínicamente se ve afectada la capacidad de construir y utilizar representaciones mentales, valores morales, aprendizaje socioemocional, cualidad de las relaciones emocionales, en términos de niveles de intimidad y empatía en las relaciones sociales. (5)

Ello implica una concepción integral, donde el auto-conocimiento y apropiación cognitiva del mundo y relaciones sociales son procesos solidarios que se retro alimentan. En estos casos, lo que se observa son dificultades en el funcionamiento mental global, en las capacidades de simbolizar y fantasear, más que en contenidos fantasmáticos concretos. Es decir, falla la organización psíquica subyacente para construir representaciones mentales, más que verificarse determinadas representaciones conflictivas.

No solamente se afecta el desarrollo del pensamiento, sino el efecto regulador del mismo sobre la acción. Aparece la acción en lugar del pensamiento, no como complementaria u opuesta al mismo, sino como una forma de pensamiento. Más allá de los orígenes en una cotidianidad caótica, donde no es posible anticipar, secuenciar, ni encontrar el adecuado espejamiento emocional para ello, estos déficits se tratan de compensar con lo que Fonagy denomina "Psicoterapia Psicodinámica del Desarrollo". Implica crear las condiciones interpersonales que favorezcan el desarrollo psíquico global, el funcionamiento mental en su conjunto, en un movimiento que es a la vez cognitivo-socio-emocional.

Abordamos el estudio de un micro fragmento de la realidad desde los postulados de la Epistemología de la Complejidad, es decir, a sabiendas que el conocimiento es parcial, desde un recorte de lo cognoscible, sin desconocer una serie de dimensiones de gran importancia que quedan por fuera del mismo.

Para que surja el pensamiento, hace falta la presencia del objeto y su posterior ausencia. Pero antes de esta ausencia es necesaria una relación con el objeto “suficientemente buena” donde, como plantea Bion, la madre ayuda al niño a procesar y elaborar, mediante la función alfa, los estímulos sensoriales y emocionales que se presentan en estado bruto. Sin objeto, o con uno extremadamente frustrante, la ilusión se destruye y la alteridad se presentará en toda su crudeza, sin chances para la transicionalidad, la integración y el juego. Y sin estos, se compromete la capacidad de pensar, de elaborar las experiencias. Es posible, inclusive, que se produzca una especie de adherencia patológica a un objeto, lo que coartaría la construcción de esquemas de pensamiento. Desde aquí, siguiendo a Dio Bleichmar, no se consideran antagónicas las teorías de relaciones objetales y apego, salvando los diferentes contextos epistemológicos de su construcción, articularlas ofrece un fructífero panorama al momento de dar cuenta de este tipo de realidades.

IV) ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se observan puntajes homogéneamente descendidos, por lo que las conclusiones refieren, en muchos casos, a mínimas diferencias evidenciadas en los protocolos de evaluación. No obstante, se consideran lo CI y puntajes índice, lo que unido a la observación clínica fundamenta las mismas.

ACERCA DE LAS FORTALEZAS

En los casos estudiados se observan fortalezas en razonamiento no verbal y procesamiento visual de la información. Los puntajes en el índice de Organización Perceptiva y los sub test de Completamiento

de Figuras y Ordenamiento de Historias, dan cuenta de la facilidad en procesar estímulos visuales de contenido semántico, en contraposición al procesamiento de estímulos verbales abstractos. Ya se ha señalado la relación de este funcionamiento con las relaciones intrafamiliares y los tipos de procesamiento de la información que promueve la organización cotidiana de estas familias.

Otro aspecto resaltable es la buena capacidad de manejo cuántico, observada en un buen puntaje equivalente en el sub test de aritmética. Esto puede relacionarse con las estrategias de supervivencia en situación de calle, donde la mendicidad e intercambio concreto son la manera de satisfacer las necesidades (siempre inmediatas y urgentes). También se demuestra cómo la capacidad de abstracción, tan valorada en los estudios psicométricos, puede desarrollarse en torno a la supervivencia cotidiana.

LAS DEBILIDADES

Como se observa en el cuadro anterior, los aspectos cognitivos más descendidos en los niños y adolescentes con estos trastornos, aluden a la capacidad de abstracción. Esto lo demuestra la observación clínica y el hecho de que el sub test de analogías es el puntaje escalar menor en la mitad de la población estudiada. Se resalta que este puntaje se encuentra significativamente descendido en estos casos. Este sub test indaga el grado de construcción de las operaciones cognitivas de cierta complejidad como ser: abstracción, análisis, síntesis, seriación e inclusión. No se encuentra tan saturado de la incidencia socio cultural como son información y vocabulario, por lo que unido a la buena saturación de factor g, es un buen indicador de la capacidad potencial. Cabe recordar que este factor refiere a la capacidad potencial y pese a que algunos autores han discutido su existencia, es un buen indicador de la misma. (2) Esto es importante al momento de pensar estrategias de intervención con esta población, como ser técnicas de estimulación cognitiva.

El sub test de comprensión indaga la adaptabilidad social, la denominada “inteligencia social”, capacidad de interiorizar las pautas sociales de convivencia. Es el más sensible a la influencia de factores emocionales, más aún, indaga específicamente estos factores en el funcionamiento cognitivo. En este sentido, los datos arrojados se corresponden con los trastornos clínicamente significativos que se observan en este ámbito. Si bien es el único sub test más descendido solamente en un 15% de la población, en todos los casos es uno de los de menor puntaje. Además no es el más alto en ninguno de los casos.

Kaufman (2) advierte sobre el alto nivel de inespecificidad de las sub pruebas del WISC III: cada uno de estos sub test indaga más de una habilidad cognitiva, por lo que la puntuación de una de ellas debe ser sometida a un riguroso análisis clínico. Es decir, un adecuado análisis debe tener en cuenta el interjuego entre lo micro de cada puntaje (y más aún la forma de responder a cada reactivo dentro del sub test, cómo el niño se enfrenta a la tarea, etc.) y los datos más macro ofrecido por los CI y los puntajes índice. En este sentido

conviene analizar la distribución de los puntajes índice:

Comprensión Verbal, es el puntaje más alto solamente en 2 casos, lo que representa un 10% de la población total.

Organización perceptiva es el puntaje mayor en 4 casos, un 20% del total.

Ausencia de Distractibilidad en 9 casos, un 45% del total.

Velocidad de Procesamiento en 1 caso, 5% del total.

Referencias:

CV: Comprensión Verbal.

OP: Organización Perceptiva.

AD: Ausencia de Distractibilidad.

VP: Velocidad de Procesamiento.

Esto corroboraría los datos arrojados en el análisis de los sub test. Ausencia de Distractibilidad indaga el proceso mental de atención y concentración, en la medida en que está conformado por los sub

test de aritmética y retención de dígitos, también memoria auditiva inmediata. Este puntaje índice ha sido muy cuestionado como tal y en el actual WISC IV se denomina “memoria operativa”. Consideramos que este dato responde al alto puntaje en aritmética por parte del 45% de la muestra. Así, el análisis clínico deconstruye la aparente contradicción: alto puntaje en AD vs. serias dificultades en atención y concentración. Es decir, estos niños y adolescentes logran mayor desarrollo en estas funciones cognitivas cuando la supervivencia está en juego. Además, tienen la característica de no poder generalizar su utilización, los esquemas cognitivos quedan fijados a objetos y situaciones concretas que les dieron origen, perdiendo su función estructurante de la inteligencia. En la medida que no hay generalización ni coordinación de esquemas, no se puede dar una mayor elaboración de los mismos.

“Organización perceptiva” indagaría el proceso mental de organizar aquellos estímulos visuales. Mediría esta capacidad hipotética subyacente, a modo de variable común, en las sub pruebas ejecutivas. En la línea de lo ya planteado, confirma que el procesamiento visual de la información y razonamiento no verbal sería el preponderante en esta población.

Se resalta que estos resultados se corresponden con los hallazgos del equipo coordinado por E. Martínez, con la salvedad de que en los niños y adolescentes consumidores de PBC los mismos déficits se encuentran más acentuados. Cabe preguntarse si esta diferencia meramente cuantitativa no alude, además, a una cualidad diferenciada de funcionamiento cognitivo. Considerando la dimensión del hándicap y los trastornos observados en las demás funciones del desarrollo, quizás hay idéntico funcionamiento en niños y adolescentes consumidores de PBC que en los provenientes de medios socio económicos deficitarios, con la única diferencia de que, en estos últimos, los déficit estarían más acentuados. Las diferencias fundamentales podrían estar en la capacidad potencial, el grado de permeabilidad a la intervención específica (por ej. con técnicas de estimulación cognitiva) y las capacidades adaptativas. ¿Tal diferencia cuantitativa, no alude a una cualidad cognitivo-adaptativa

diferenciada?

V) EN SINTESIS

En 20 casos estudiados se observa un estilo cognitivo preponderantemente icónico y enactivo. Esto se puede relacionar con los estilos de crianza e interacción observados en sus organizaciones familiares, así como con alteraciones más globales en el desarrollo. Las dificultades surgen en el manejo lingüístico: conceptualización verbal, capacidad de abstracción, memoria verbal y procesamiento de estímulos verbales con significado. Estas serían operaciones cognitivas de mayor complejidad. Los resultados se corresponden con las investigaciones a nivel nacional en torno al funcionamiento cognitivo de niños en situación de pobreza, con la diferencia de que promedialmente estas funciones cognitivas en niños y adolescentes con consumo de PBC y situación de calle, se encontrarían más descendidas aún. Resta la interrogante de si las diferencias son meramente cuantitativas o hay cualidades del funcionamiento cognitivo enlazadas con el desarrollo global y la adaptabilidad social que los diferencien.

BIBLIOGRAFIA

- 1) DIO BLEICHMAR, E. Manual de Psicoterapia de las Relaciones Padres e Hijos. Bs. As., Ed. PAIDOS; 2005.
- 2) KAUFMAN, A. Nuevas Alternativas para la interpretación del WISC III. México DF, Ed. Manual; 2006
- 3) MARTÍNEZ, E. El fracaso Escolar un enfoque preventivo. Montevideo, Ed. Mano a mano; 2004.
- 4) MARTÍNEZ, S.; Álvarez, R. El WISC III en los Escolares Baremo Montevideo. Montevideo, Ed. Psicolibros; 2010.
- 5) PSYCHODINAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM). Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- 6) WECHSLER, D. Test de Inteligencia para niños WISC III. Bs. As., Ed. Paidós; 1994.

EL FOTOLENGUAJE©: UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA EL TRABAJO GRUPAL

AUTORES: *Psic. Claudia Guerrero; Psic. Martha Mazzetti; Dra. Dora Musetti; Lic. Liliana Saibene; Lic. Gabriela Silva*

PALABRAS CLAVES: Fotolenguaje; trabajo con grupos; proyecto de investigación; espacio potencial; mediación.

RESUMEN: El Fotolenguaje© fue creado en 1965 en Lyon, Francia, por un grupo de psicólogos y psico-sociólogos, que a través del trabajo con adolescentes constataron el valor de la foto como soporte a la palabra en jóvenes que encontraban dificultades para expresarse y hablar en grupo de sus experiencias dolorosas.

Actualmente se emplea en el campo psicoterapéutico, en el área de la formación, la orientación vocacional, como evaluación del trabajo con grupos, en empresas, jóvenes con dificultades vinculares, con pacientes psicóticos, psico-somáticos o en prisión.

Se apoya en los estudios psicoanalíticos de grupos del Centro de Investigación en Psicología y Psicopatología Clínica de la Universidad de Lyon 2. El Fotolenguaje© promueve la mediación entre las instancias psíquicas y sus procesos primario y secundario. “A través de la mediación de fotos y del planteo de una pregunta se movilizan los imaginarios, se dinamizan los procesos asociativos, la actividad de ligazón y simbolización. Es un método inductivo, traza el camino que conduce de la imagen a la palabra”.

ANTECEDENTES

En 2007, se realiza en Uruguay, el Primer Curso de formación en Fotolenguaje©: “Sensibilización al Método del Fotolenguaje©”, organizado en APPIA y dictado por Claudine Vacheret, Psicoanalista y Profesora del Centro de Investigación en Psicología y Psicopatología Clínica de la Universidad de Lyon 2.

Se crea un grupo de estudio, formado por profesionales pertenecientes a distintas asociaciones de nuestro medio: AUDEPP, AUPCV, APU y APPIA. En 2009, la Prof. Vacheret vuelve a Montevideo, para completar la formación de la Generación 2007, proponiendo un “Curso de Perfeccionamiento”.

A partir de 2008 y hasta la fecha, con el aval de la Prof. Vacheret, comienzan a incluirse en APPIA, en su programa académico de estudio e investigación, los “Cursos de formación en Fotolenguaje©”. Actualmente, son más de ochenta las personas formadas que vienen desarrollando experiencias en nuestro medio.

Desde entonces, dos nuevas generaciones de entusiastas psicólogos y psiquiatras se han integrado a trabajar en el Departamento de Estudio, Formación e Investigación en Fotolenguaje© de APPIA. Este grupo mantiene reuniones periódicas, espacio de reflexión sobre el Fotolenguaje, en un proceso que busca ir articulando la teoría con la práctica y reflexionando sobre los distintos abordajes grupales con técnicas de mediación, utilizados como soporte y herramienta habilitadora para tratar las diversas problemáticas actuales.

De ahí la propuesta de nuestro trabajo: presentar el proyecto de investigación que estamos llevando a cabo a través de un Convenio entre Facultad de Bellas Artes, Área Foto-Cine y Video y el Departamento de Fotolenguaje de APPIA, del Centro Hospitalario Pereira Rossell, avalado por la CSEAM, Comisión Sectorial de Actividades de Extensión en el Medio de la Universidad de la República.

OBJETIVO

creación de una carpeta de fotos de nuestra región, para complementar el trabajo en grupos con el método de Fotolenguaje©.

FUNDAMENTACIÓN

incluir fotos representativas de nuestra región y nuestra cultura latinoamericana, donde la mirada se detiene en ese paisaje que hace desde la forma al contenido de la identidad, de la pertenencia a un lugar, o esas tantas cosas que integran la construcción de subjetividad a nuestra implicancia, nuestra historia, momentos significativos.

METODOLOGÍA

La primera etapa realizada en 2010 culminó con la selección de 500 fotos de las que se partió para el inicio del trabajo de validación

que es lo que se está procesando actualmente. Se dividieron las 500 fotos en las diferentes categorías: fotos de grupos, retratos, parejas, familias, paisajes, abstractas y simbólicas. Se distribuyeron, intentando que hubiera la misma representación de las distintas categorías, en 8 carpetas de 63 fotos cada una.

En la segunda etapa, se prevé organizar diferentes grupos de prueba: con estudiantes universitarios de Bellas Artes, Psicología, de Enseñanza Secundaria, docentes, funcionarios policiales, pacientes psicósomáticos, cesación de tabaquismo y otros.

Las fotos, imágenes movedizas, surgen de un tiempo sin tiempo en este aquí y ahora de la sesión de Fotolenguaje©, recreándose

permanentemente en este proceso. ¿Cuántos imaginarios se cruzan, se enfrentan, se forman y deforman? ¿Qué implica pensar en términos de intersubjetividad? Podría pensarse como aquello que se produce entre dos o más sujetos; aquello que habría de ser del orden de lo novedoso.

¿Estaríamos hablando de un sujeto dado, más o menos modificado desde lo nuevo en ese encuentro? Por otro lado también nos convoca pensar el sujeto produciendo-se a partir del encuentro, donde lo nuevo serían los sujetos y aquello que se produce.

Y esto lo referimos a las sesiones de Fotolenguaje© así como también a la forma de funcionamiento que tenemos en el equipo de investigación.

Ser tocado por el inconsciente del otro, es ser dispersado por los vientos del proceso primario hasta lejanas asociaciones y elaboraciones a las que se llega a través de los nexos privados de la propia subjetividad, viviendo una experiencia juntos en ese espacio de ilusión donde cada uno es creado y encontrado por el otro... La mirada de los otros.

Ese espacio potencial marca una frontera, zona de margen, de intercambio, donde aparece algo que es creado-encontrado y de repente nos muestra otra obra, algo así como un concierto a cuatro manos, una especie de jam session, donde vamos improvisando.

Es que toda imagen es polisémica; polivalente y polimorfa. Implica, subyacente a sus significantes, una cadena flotante de significados, entre los cuales el lector puede elegir algunos e ignorar otros. La polisemia da lugar a una interrogación. Forma una cadena de significantes, que se resisten a quedar atrapados en un significado. Frente a la emoción que nos despierta, rápidamente buscamos un sentido y creemos que las palabras van a poder darlo. Una especie de anclaje, para no seguir a la deriva, en un intento de traducir el poder proyectivo de la imagen. Pero siempre se trata de un meta-lenguaje, que podemos aplicar solo a alguno de sus signos.

El signo es el derecho de control del creador y de la sociedad sobre la imagen. Sin embargo Barthes procede a dar cualidades

personificadas a la fotografía: debe ser silenciosa: no se trata de “discreción”, sino de música. La subjetividad absoluta sólo se consigue mediante un estado, un esfuerzo de silencio (cerrar los ojos es hacer hablar la imagen en el silencio)... no decir nada, cerrar los ojos, dejar subir sólo el detalle hasta la conciencia afectiva. Barthes también hablaba de lo más profundo de la foto, de su “otra cara”, del valor simbólico que esconden las imágenes, de los sentimientos en que se ve mezclada, y en todo lo relacionada que está la fotografía con la Muerte, la foto mantiene siempre vivo el ser fotografiado, a pesar del paso del tiempo seguirá ahí, intacto al igual que el afecto que la acompaña.

Lograr la figurabilidad como medio de acceso a ese más allá de la memoria sin recuerdo que es la huella mnémica. Como aquella paciente de Freud que le decía: “Dr. no puedo contarle el sueño

pero si quiere puedo dibujarlo...”

Abordar lo nuevo y hacer la articulación entre conocimientos, “lenguas” de otras disciplinas. Transitar por la “frontera”, pero también la posibilidad de encuentro, de intercambio... por un camino que no está fijado de antemano, y así descubrimos la distancia insalvable que existe entre una imposible técnica del psicoanálisis y una práctica signada por lo no dicho, lo que falta, lo que cambia, expresándose siempre a medias a través de las múltiples formaciones del inconsciente.

En esta zona es fundamental establecer los territorios y luego favorecer a través de una especie de ósmosis las mediaciones, los enlaces posibles.

Lo esencial es investigar y comprender los mecanismos que se dan en las fronteras de lo que hoy día es conocido, planteándonos tentadores desafíos.

Algo así como una partida de ajedrez, donde se van dando los movimientos en ese tablero de la vida que exige creatividad, respeto y cautela en las intervenciones, a veces tangenciales, otras circulares, la inclusión de campos abarcativos.

Búsquedas permanentes en un constante combate lúdico en este oficio de vida que, como lo señalara Pavese, exige un reto perpetuo, sorteando los obstáculos, cultivando la vida.

Gracias a aquellos que se atreven a pensar nuevos caminos, el Psicoanálisis arriba entonces al desafío de la complejización que quizá le permita acceder a su transformación y a una articulación con el futuro inestimable de la ciencia.

“El sabor de la manzana está en el contacto de la fruta con el paladar, no en la fruta misma.” J. L. Borges.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANZIEU, D., El Yo Piel, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1987.

2. _____ El Grupo y el Inconsciente. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1986.
3. BAPTISTE, A., BELISLE, C. et al, Dossiers Photolangage©.
4. CAMPAYO GARCÍA, J., PÉREZ SALVANÉS, R., GONZÁLES, ALAMO C. Actualización en Trastornos Somatomorfos. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
5. CARRASCO, Juan Carlos, Psicología de la Expresión. Montevideo, Revista Apppe, 1971.
6. FERNÁNDEZ, Ana María y DEL CUETO, A.M. El dispositivo grupal. Lo Grupal II. Bs.As. Ed. Búsqueda, 1985.
7. KAËS René, El Grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo. Bs.As. Ed. Amorrortu, 1995.
8. _____ Crisis. Ruptura y superación, Cinco, 1979.
9. KÄES R. y Col. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución. Ed. Paidós. 1998
10. MARTY, Pierre. La Psicósomática del Adulto. Bs.As. Amorrortu Edit. 1995.
11. MC DOUGALL, J., Teatros de la Mente. Madrid, Tecnos, 1987
12. PICHON-RIVIÈRE, Enrique, El proceso grupal. Bs.As. Ed. Nueva Visión, 1977.
13. VACHERET, Claudine, Photo, groupe et soin psychique. Presses Universitaires de Lyon, 2000.
14. VACHERET, C. et al, Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques. París, Edit. Dunod, 2002.
15. WINNICOTT, D.W., Realidad y juego. Barcelona, Ed. Gedisa, 2007
16. YALON, I.D., Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona, Ed. Paidós, 1996.
17. GUERRERO C.; MUSETTI D.; ARAUJO CHAGAS S.; MAZZETTI M.; SILVA G.; FAJARDO G. El Fotolenguaje© en Uruguay, nuevas experiencias de trabajo en grupos. Rev. de APPIA. N°19; págs. 107-128. Ed. Imp. Gráfica, 2010.

**A PROPÓSITO DE UN ABORDAJE FAMILIAR EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA (CHPR)
LO TRANSGENERACIONAL: “CUANDO EL DOLOR ES EN CLAVE
DE SILENCIO”...**

AUTORAS: *Psic. Graciela Casaravilla, Lic. Psic. Graciela Dondo,
Lic. Psic. Margarita Pereyra Dhó.*

PALABRAS CLAVES: Psicoanálisis Vincular; Abordaje Familiar; Transmisión transgeneracional; Identificación alienante; Telescopaje de las generaciones; Complejización.

RESÚMEN: Desde la perspectiva del Psicoanálisis Vincular y a través de un material clínico de familia se plantea la importancia de dicha conceptualización y del abordaje terapéutico familiar. Mediante dicho abordaje se va desplegando una dinámica familiar y vincular, que pone de manifiesto una modalidad alienante. Nos aproxima a lo transmitido transgeneracionalmente, a lo no representado y desmentido de las generaciones. Se incluyen aportes de Kaës, Berenstein, Faimberg, Losso, Gomel y otros, que han hecho importantes contribuciones a esta temática. El dispositivo familiar nos acerca a una trama, que da cuenta de algo que se arma entre los sujetos; en el cual adquieren o son pasibles de significación los enigmas del cual es portador el síntoma del niño, ciertos contenidos donde se sostiene el secreto y la desmentida.

La intervención en la intersubjetividad crea condiciones que abren posibilidades a la diferenciación de los distintos miembros de la familia y a su complejización. La transferencia familiar abre un espacio intersubjetivo, que excede y limita la repetición, propiciando nuevas ligaduras e inscripciones, que posibilitan nuevas formas de vincularidad.

INTRODUCCIÓN

En los albores de la creación del Departamento de Familia y Pa-

reja en APPIA deseamos compartir algunas reflexiones sobre la importancia del abordaje terapéutico familiar, así como algunas conceptualizaciones del Psicoanálisis Vincular.

Desde esta perspectiva el sujeto está desde su concepción inserto en una compleja red, conformada por sus múltiples vínculos; familiares, sociales, laborales, culturales, etc., y se representa como un sujeto entramado.

En él confluyen diversos orígenes, marcas y bordes. Es un Sujeto que se va construyendo, un sujeto en devenir, o al decir de R. Kaës¹, es al mismo tiempo sujeto del inconsciente, sujeto del vínculo y sujeto del grupo.

El dispositivo familiar, o los dispositivos vinculares permiten acercarnos, a un “discurso conjunto”² (M. Spivacow), o a un despliegue de lo fantasmático, que da cuenta de algo que se arma entre los sujetos; en el cual adquieren o son pasibles de significación los enigmas del cual es portador el síntoma del niño. La intervención en la intersubjetividad crea condiciones que abren posibilidades a la diferenciación de los distintos miembros de la familia y a su complejización.

En estos dispositivos la presencia real del otro, hace tope a la fantasía y al despliegue pulsional, pero también hace lugar a lo negado o desmentido, siendo en alguna forma catalizador y acelerador de procesos de cambio psíquico.

Pese a las diferencias y dificultades que alberga la asistencia terapéutica en el ámbito hospitalario, así como las modificaciones y adecuaciones, tanto técnicas como teóricas a las que obliga, pensamos junto con I. Berenstein, “que se posibilita un acceso más rápido a niveles inconscientes, de difícil acceso en una relación bipersonal”.³

1.- KAËS, R. (1995) “El grupo y el sujeto del grupo”, Bs. As. Ed. Amorrortu

2.- SPIVACOW, M. (2005) “Clínica Psicoanalítica con Parejas”, Bs. As. Ed. Lugar

3.-BERENSTEIN, I. (2000) “Clínica familiar psicoanalítica”, Bs. As. Ed. Paidós

PRESENTACIÓN DE LA FAMILIA*

Hemos seleccionado un caso clínico de una familia que consulta por una hija de 10 años edad, que presenta cefaleas y dolores abdominales, los cuales se incrementaron en el último año.

La familia M. está integrada por Julia de 36 años, Pedro de 36 y Ana de 10 años, hija de ambos.

PRIMERA ENTREVISTA

Vienen los tres a la primera entrevista, y comienza Julia a relatar los dolores de Ana, así como sus quejas por su rebeldía. Pedro tiene una expresión amistosa, pero impresiona como ajeno. Dice que él la deja hablar, pero que no presta mucha atención a lo que su mujer dice, él piensa diferente. Parece no estar de acuerdo con la consulta.

Julia menciona que hizo una consulta con Psiquiatra porque ella también tiene problemas depresivos y se angustia por todo. Pedro insiste en minimizar la preocupación de Julia, dice que son cosas pasajeras, pero que “ella absorbe mucho”. Afirmar casi categóricamente que no tienen depresión; pero que se transmiten cosas, porque hablan muy abiertamente.

Julia rebate las palabras de Pedro, diciendo que “él se deprime”, y luego relata que su padre (de Julia) se suicidó hace 4 años, cuando Ana tenía 6 o 7 años. Cuenta que se ahorcó, que vivían con él y la madre cuando esto sucedió.

Pedro vuelve a afirmar que él no sabe lo que es la depresión y Julia, en un intento de dar mayor fuerza a su preocupación, denuncia que: “Ana dice que “se quiere morir”.

Pedro agrega: “Yo soy muy irresponsable con las palabras, ellas las toman muy en serio. Soy una persona que se deprime”.

* El material clínico ha sido proporcionado por las Licenciadas M. Pereyra y G. Dondo, quiénes han estado a cargo de dicho abordaje terapéutico.

Julia: “El dice: Yo voy a vivir hasta los 50 años”.

Pedro: “Lo digo pero no lo pienso”.

Julia: Mi padre también decía esas cosas.

Terapeuta: “Parece que no pueden reconocer ni aceptar lo que cada uno siente.”

Ana se muestra silenciosa, no habla espontáneamente, parece una niña triste, que le falta vitalidad; pero no se queja de sus dolores. Parece ausente, pero dibuja en esa entrevista: una pradera vacía, gaviotas en un atardecer. Expresa sin palabras un paisaje desolado y triste, del cual no quiere hablar.

Pedro y Julia se casaron hace 11 años, cuando Julia estaba embarazada de Ana, y se fueron a vivir a la casa de la familia materna. Ella trabaja en una empresa hace varios años y él tiene una gran inestabilidad laboral, por dificultades personales. Julia dirá que tiene una relación muy apegada con su madre. El padre de Julia se suicidó hace 4 años, lo cual dicen haberle ocultado a la hija. Pedro se lamenta y se culpa de no haberle podido evitar a Julia ese dolor.

Al año de este episodio, la pareja se separa durante aproximadamente un año.

Julia llora durante las entrevistas y se crea un clima de preocupación y de angustia. Ella va denunciando la dificultad de Pedro de afrontar los problemas, su modo de ser desapegado, su actitud payasesca y la enorme dificultad para levantarse en las mañanas. Dificultad que también envuelve a la hija, y que Julia la describe como en alianza con su padre.

COMENTARIOS E INTERROGANTES

Julia va expresando sus temores con respecto al marido y su hija, así como su cansancio y angustia por la exigencia que ella misma parece imponerse, la de quien tiene que sostener a los otros.

Pedro asigna a Julia el lugar de la más fuerte, como reconociendo su debilidad y en reclamo de su protección; pero también se queja de ella, de sus exigencias y reclamos.

Entre estas quejas y denuncias que circulan en la pareja y en la familia, parece sostenerse algo a punto de quebrarse. Traen un duelo que los separa y un dolor que desmienten. ¿Cuál es el duelo que no pueden elaborar? Ana es quien parece encarnar el dolor. ¿Sólo tiene lugar para ser depositaria del mismo? Parece una sombra que emerge en el discurso de sus padres, o entre ellos; puesta a veces en una identificación con el padre y otras, identificada y confundida con la madre. Con dolores de cabeza, dificultad para dormir como su padre e indiscriminada en la angustia y el reclamo de su madre.

En este clima familiar, entre la angustia y los reproches, parece irse develando un sufrimiento, que al mismo tiempo que se denuncia, se tapa o se desmiente. Julia habla, denuncia y se angustia, Pedro se defiende y defiende a los otros, de un sufrimiento que no quiere hablar y Ana ni habla ni parece sufrir, pero parece encarnar el dolor en su cuerpo y en su cabeza.

En medio de temores que evocan la muerte, nos recorre la sensación de tener que unir algo desconectado; la pareja, la familia, cada uno consigo mismo, como si estuvieran irremediablemente solos y al mismo tiempo, aterradamente unidos. Nos preguntamos si algo que los anuda, amenaza también con la muerte?

La pareja parece tener un pacto en el que se alían para callar, y en ello se juega un modo de funcionamiento con alianzas y exclusiones, en el cual no hay lugar para la conyugalidad, ni para el tercero.” El hijo es ubicado como un objeto ausente, pero necesario para este juego, él no complejiza la estructura familiar, sino que la pone en serio riesgo: el de quebrar la doble especularidad”. (I. Berenstein)⁴

Todos albergan un sufrimiento que intentan velar y desmentir. ¿Es del dolor de la muerte del que se defienden? ¿Qué significado tiene el dolor para esta familia?

4.-BERENSTEIN, I. (1990) “Psicoanalizar una familia”, Cap.11, pág. 243, Bs.As., Ed. Paidós.

Esta escena familiar nos lleva a interrogarnos sobre la transmisión. ¿Qué portan estos padres y sus ancestros que no tiene lugar para ser simbolizado, pero que se deposita en los hijos y se carga como dolor en el cuerpo?

Lo familiar constituiría el espacio intermediario en el que confluyen sus distintos integrantes y la transmisión intergeneracional adquiere el valor de representación a través de lo dicho en los relatos entre padres e hijos.

El peso de lo no tramitado invade el ámbito familiar y esas cuestiones irrepresentadas influyen en los vínculos. Ya Freud en *Tótem y Tabú* (1912) nos advertía que es imposible para una generación ocultar los hechos significativos a la generación siguiente.⁵ La transmisión se pone en juego de diversas formas, a través del relato, en el juego de las identificaciones, conscientes e inconscientes; pero cuando hace síntoma, se trata de una transmisión de contenidos que no han podido ser representados, y se transmiten en cualidad de vacío trasladándose de una psique a otra.

Faimberg hace referencia al “telescopaje de las generaciones”⁶, como condensación de tres generaciones, como una modalidad de transmisión donde quedan aspectos silenciados, que se transmiten inconscientemente.

Silvia Gomel en su libro sobre “transmisión generacional”,⁷ considera que cuando una familia cuenta su historia combina los aspectos actuales con otros anteriores y puntualiza que la transmisión de lo no representado es la más enigmática y contiene registros sensoriales que frecuentemente toman expresión corporal o repiten

5.-FREUD, S. (1912) “Totem y Tabú”, “ninguna generación posee la capacidad de ocultar a la siguiente hechos psíquicos de cierta importancia”... “las más intensas represiones dejan tras de sí formaciones sustitutivas deformadas, las cuales originan a su vez determinadas reacciones”. Obras Completas, Vol. 5, pág. 1849. Ed. B. Nueva

6.-FAIMBERG, H. (1993) “Transmisión de la vida psíquica entre generaciones”, Cap. 2 “El telescopaje de las generaciones, Bs.As., Ed. Amorrortu

7.-GOMEL, S. (1997) “Transmisión generacional, familia y subjetividad”, Bs.As., Ed. Lugar

acciones con conductas disruptivas.

Kaës nos dice: “El sufrimiento, la patología y la organización psíquica de uno de los sujetos del conjunto, no se puede comprender ni aliviar si no se refieren a la función y al valor que han adquirido y que continúan teniendo para otro sujeto, o varios sujetos del conjunto, y si no se los articula con esa función y ese valor”.⁸

UNA SECUENCIA DE UNA SESIÓN

Pedro acepta el tratamiento de familia porque cree reconocer en su hija que “duerme demasiado”, los mismos problemas que lo aquejan a él. Le preocupa ver que a su hija, que es chica, tal vez le pasa lo mismo.

Pedro nos dice que uno de los dolores que lleva, es el de no tener ningún barrio, “eso me ha hecho aventurero”. Su padre, un inmigrante del que dice que “lo habrán corrido de su tierra natal”, como “si se hubiera fugado”, vivía de barrio en barrio. Dice: “Nos mudábamos permanentemente, aunque teníamos casa; cambié seis veces de escuela”. Hay muchas cosas que dice no saber del padre. Julia agrega, que él también es depresivo; y que ella nunca se mudó, siempre ha estado pendiente de su madre.

Pedro insiste en que se siente culpable, otras veces es Julia. Hablan del horror del suicidio, de lo que le ocultaron a Ana, de su silencio, y también que desde entonces, ella duerme con la abuela.

Ana puede decir, que desde la muerte de su abuelo, tiene problemas para dormir y también habla de su saber acerca del suicidio.

En el entramado de esta historia familiar, Ana parece ser depositaria del dolor y el desamparo, quedando apresada en identificaciones alienantes. El dolor parece adquirir un significado particular.

El dolor, como el goce, ponen de relieve una dimensión del cuerpo,

8.-KAËS, R. (1991) “Lo Negativo”, Cap.6 “El pacto denegativo en los conjuntos trans-subjetivos”, Bs.As., Ed. Amorrortu

que pone tope y marca la alteridad en el vínculo, pero también, el dolor es signo que denuncia el desamparo, tal vez por ello es desmentido, para poder preservarlos ilusoriamente en una unión imposible.

Es en este juego de fusión narcisista, que la familia les provee pertenencia e identidad, pero todo lo que amenace con separación, confronta con lo imposible del vínculo, y promueve angustia de muerte. Es allí donde Ana tal vez queda atrapada, en una fusión mortífera.

Hay algo del orden del secreto, que encierra a la familia en un vínculo endogámico, donde la ley paterna es anulada, y no habilita ni diferencia generacional ni sexual, donde no hay lugar para la triangularidad, siendo productora de dolor y desamparo.

Hay algo de lo indecible, de lo “vergonzante”⁹, al decir de Tisseron, que se ha tornado impensable; que se silencia, vaciando de sentido las palabras, generador de un sufrimiento que se repite transgeneracionalmente.

Es un “pacto narcisista”¹⁰, el cual contiene y transmite violencia, que no tolera ni permite la discriminación.

Esta modalidad familiar se constituye sobre un vínculo de pareja a predominio dual, donde la pareja tiende a ser una proyección del objeto interno carenciado. Esta dinámica favorece la identificación proyectiva, la confusión y la indiscriminación, afectando la función simbólica. “Se mantiene el vínculo de la mujer con la familia de origen, vaciando de significado el vínculo matrimonial, volviéndose indiferenciado el contexto familiar materno de la familia actual. El marido parece quedar confundido como un hijo más, o en un lugar fraterno”. (I. Berenstein)¹¹ Es por ello tal vez, que la amenaza de

9.-TISSERON, S. (1997) - “El psiquismo ante la prueba de las generaciones”, cap.1 Intro. “El Psicoanálisis ante la prueba de las generaciones”, Bs.As., Ed. Amorrortu

10.-AULAGNIER, P. (1977) - “La Violencia de la interpretación”, cap. “el contrato narcisista”, Bs.As, Ed. Amorrortu

11.-BERENSTEIN, I. (1990) “Psicoanalizar una familia”, cap.11 Ampliaciones hacia

separación cobra fuerza ante el suicidio del padre.

La familia en este contexto no puede cumplir ni su rol funcional, ni acceder al orden simbólico; hay una incongruencia entre el gesto y la palabra. Un intento fallido de cuidado que retorna en desamparo. Algo escindido, como un fantasma, que pasa a través de los sujetos, de generación en generación; algo que tiene que ver con el Inconsciente del otro.

Ana es ubicada en el lugar del “muerto-vivo”¹², duerme con su abuela desde que ocurrió el suicidio, como representante de un objeto ausente, en el intento de recubrir un vacío, que la despoja de su deseo y la fusiona en una “identificación alienante”¹³.

El suicidio del abuelo materno reedita y deja al descubierto, en una puesta en acto, una escena primitiva desmentida por ambos, la ausencia paterna, motivo tal vez del acuerdo inconsciente que liga a la pareja. Ana es puesta en ese lugar del ausente, como su padre y como su madre, en un acto equivalente a ocultar la muerte, destinado a desmentir los duelos no elaborados de sus padres, la culpa y el desamparo.

Esto obliga a un trabajo psíquico que “desvitaliza al sujeto”, es una transmisión sin proceso de elaboración, de “contenidos en bruto”, (R. Losso)¹⁴, lo cual implica una violencia transgeneracional, algo que avasalla la subjetividad.

En esta transmisión alienante de los padres hay una intrusión sobre el psiquismo del niño que lo deja paradójicamente desprovisto del psiquismo propio: “el hijo queda sujeto a lo que los padres dicen o callan”. (H. Faimberg)¹⁵

la psicopatología, Bs.As., Ed. Paidós

12.-BARANGER, W. (1961) art. “El muerto-vivo, estructuras de los objetos en el duelo y los estados depresivos”. Rev. APU.

13.-BARANES, J.J. (1989) “Lo Negativo”, art. “Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de la generación”, pág.103, Bs.As., Ed. Amorrortu (1991)

14.-LOSSO, R. (2000) “Transmisión de los contenidos psíquicos a lo largo de las Generaciones”, Ponencia en Congreso de APU, año 2000, “Los duelos y sus destinos: Depresiones Hoy”, Tomo II.

15.-FAIMBERG, H. (1993) “Transmisión de la vida psíquica entre generaciones”, Cap.4 “A la escucha del telescopaje de las generaciones: pertinencia

Se va develando en lo intersubjetivo una modalidad familiar productora de violencia y alienación, cuyas expresiones son la depresión y las ideas de muerte.

El encuadre familiar va permitiendo el trabajo de apropiación y de significación, a través de la presencia que la palabra constituye en el lugar de la ausencia.

El pasaje de las identificaciones alienantes hacia la representación, sólo se hace posible después de la construcción interpretativa, en tanto habilita un reconocimiento del deseo del sujeto. Empuja a los sujetos a desligarse de un espacio psíquico indiferenciado. El trabajo con la historización permite modificar los efectos sobre el yo de los contenidos escindidos y alienantes.

“El dispositivo analítico familiar conforma un contexto clínico privilegiado para la aproximación a estos contenidos, porque favorece el armado del rompecabezas, en cuya fragmentación se sostiene el secreto y la desmentida, se facilita a partir de la presencia de dos o más generaciones, el trabajo con lo escindido y el develamiento de los fantasmas de generaciones anteriores”. C. Rojas¹⁶ “Estos dispositivos tienen la potencialidad de hacer aparecer la dimensión de lo negativo”. A. Missenard¹⁷

La transferencia familiar abre un espacio intersubjetivo, que excede y limita la repetición, propiciando nuevas ligaduras e inscripciones, que posibilitan nuevas formas de vincularidad.

Intentamos en esta tarea, un acercamiento con otras dimensiones de la subjetividad, no en la búsqueda de una causalidad unívoca, ni en el relato de una cura, pero sí en el de una co-construcción que permita una mayor diferenciación de los sujetos y que apunta al reconocimiento de la complejidad.

psicoanalítica del concepto”, Bs.As., Ed. Amorrortu

16.- ROJAS, C. (2000) “Clínica Familiar Psicoanalítica, cap. “Itinerario de un vínculo”, Bs. As., Ed. Paidós

17.- MISSEWARD, A.(1991) “Lo Negativo”, Art. “Introducción: registros de los

BIBLIOGRAFÍA

1. AULAGNIER, P. (1977) "La Violencia de la interpretación", Bs.As., Ed. Amorrortu
2. BARANES, J. J. (1989) "Lo Negativo" , art. "Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de la generación", pág.103, Bs.As., Ed. Amorrortu (1991)
3. BARANGER, W. (1961) "El muerto-vivo, estructuras de los objetos en el duelo y los estados depresivos".
4. BERENSTEIN, I. (1990) "Psicoanalizar una familia", cap.11 Ampliaciones hacia la psicopatología, Bs.As., Ed. Paidos
5. BERENSTEIN, I. (2000) "Clínica familiar psicoanalítica", Bs.As., Ed. Paidos
6. FAIMBERG, H. (1993) "Transmisión de la vida psíquica entre generaciones", Cap.2 "El telescopaje de las generaciones, Bs.As., Ed. Amorrortu
7. FAIMBERG, H. (1993) "Transmisión de la vida psíquica entre generaciones", Cap.4 "A la escucha del telescopaje de las generaciones: pertinencia psicoanalítica del concepto", Bs.As., Ed. Amorrortu
8. FREUD, S. (1912) "Totem y Tabú" Obras Completas, Ed. Amorrortu
9. FREUD, S. (1914) "Introducción al narcisismo" Obras Completas, Ed. Amorrortu
10. FREUD, S.(1915) "Duelo y Melancolía" Obras Completas, Ed. Amorrortu
11. GOMEL, S. (1997) "Transmisión generacional, familia y subjetividad", Bs.As., Ed. Lugar
12. GOMEL, S. y MATUS, S. (2011) Conjeturas Psicopatológicas. Ed. Psicolibros
13. KAËS, R. (1991) "Lo Negativo", Cap.6 "El pacto denegativo en los conjuntos trans-subjetivos", Bs.As., Ed. Amorrortu
14. KAES, R. (1993) "Transmisión de la vida psíquica entre generaciones", Bs.As., Ed. Amorrortu
15. KAËS .R. (1995) "El grupo y el sujeto del grupo", Bs.As., Ed.

Amorrortu

16. LOSSO, R. (2000) "Transmisión de los contenidos psíquicos a lo largo de las Generaciones", Ponencia en Congreso de APU. "Los duelos y sus destinos".
17. MISSENERD, A. (1991) "Lo Negativo", Art. "Introducción: registros de los negativo en nuestros días", pág.13, Bs.As., Ed. Amorrortu
18. ROJAS, C. (2000) "Clínica Familiar Psicoanalítica", cap. "Itinerario de un vínculo", B.As., Ed. Paidós
19. SPIVACOW, M. (2005) "Clínica Psicoanalítica con Parejas", B.As., Ed. Lugar
20. TISSERON, S. (1997) "El psiquismo ante la prueba de las generaciones", cap.1 Intro. "El Psicoanálisis ante la prueba de las

**REFLEXIONES SOBRE EL QUEHACER
PSICOTERAPÉUTICO PSICOANALÍTICO EN
EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DEL CHPR
(Ponencia en la Jornada “Más allá del consultorio”).**

**AUTORES: Giorgi, Mariela; Piperno, Pablo y Steren, Tamara.
Grupo coordinado por el Dr. Prego.**

*“No hay en la vida nada más costoso en que la enfermedad...
y la estupidez”
Sigmund Freud*

En primer lugar, agradecemos a AUDEPP por invitarnos a participar de la tercera edición de las Jornadas Mas Allá del Consultorio, que convoca a la presentación de diversas experiencias, instituciones y contextos en los cuales se desenvuelve el psicoanálisis. Quienes presentamos este trabajo somos parte del equipo de supervisores del Programa que es coordinado por el Dr. Carlos Prego.

Para comenzar este trabajo, quisiéramos en primer lugar presentar la historia y el presente Programa, para ello actualizaremos unas líneas de Alberto Weigle y Ana Borche presentadas en el libro “1905 - 2005. Cien años de Tres Ensayos para una Teoría Sexual. Vigencias y Actualizaciones.”, producto de conferencias realizadas en nuestros ateneos y compiladas para su publicación: “Allá por 1992, un grupo de psicoanalistas nos acercamos a la Clínica de Psiquiatría Pediátrica para colaborar ofreciendo psicoterapias a los pacientes adolescentes que la requirieran. Nuestro interés en los primeros tiempos giraba en torno a la adolescencia ya que en nuestra práctica privada nos resultaba una intervención particular, con características propias, diferente a la psicoterapia de niños o de adultos. Con el paso del tiempo nos fue requerida también la atención de

niños, lo que aceptamos y seguimos ofreciendo en la actualidad. Desde el comienzo contamos con el apoyo de los docentes de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina y de los psiquiatras del Servicio de Psiquiatría Pediátrica del Ministerio de Salud Pública. (...) Concebimos un sistema de atención cuya primera finalidad fuera el ofrecer psicoterapia psicoanalítica, pero que a la vez sirviera de entrenamiento a terapeutas iniciales -médicos o psicólogos- que, con el apoyo de un supervisor, comenzaran su formación. Los requisitos para los principiantes fueron y siguen siendo en la actualidad, la presentación del título, inscripto en el MSP y de una constancia de su psicoterapia psicoanalítica personal. Cumplidos éstos y luego de un tiempo de asistencia a las actividades del Programa para consustanciarse de su funcionamiento y de las peculiaridades de la atención hospitalaria, el aspirante podía comenzar con un caso y se le ofrecía supervisión.”

A partir del año 2009, los supervisores que coordinamos este Programa notamos la importancia, a partir de nuestra propia experiencia, de instituir una instancia teórica para sostener la transmisión psicoanalítica de acuerdo al trípede que se compone por formación teórica, supervisión y psicoterapia psicoanalítica individual. Desde entonces, ofrecemos además de los ateneos clínicos ya descriptos un curso anual obligatorio con frecuencia semanal a cargo de los supervisores y el coordinador del Programa. Justamente, esta implementación nos invocó a realizar modificaciones en la modalidad de ingreso, con llamados abiertos limitados dos veces al año, pues era de interés que los noveles terapeutas se vean beneficiados con el mismo.

“Este Programa ha sido totalmente gratuito desde el comienzo. En todo momento nos guió la finalidad de brindar nuestro conocimiento y ayuda a los adolescentes sin recursos, pero también la de abrir el campo de nuestro conocimiento y brindarlo a los profesionales jóvenes. Si bien, como psicoanalistas, la psicoterapia que ofrecemos es la que conocemos, desde el comienzo concebimos un programa

abierto a otro tipo de abordajes en función de la necesidad de los pacientes y del aprovechamiento de los recursos hospitalarios.” De hecho, el Programa de Psicoterapia del CHPR, tradicionalmente se nutría de aquellos pacientes que provenían de los psiquiatras del MSP así como de los residentes que hacían su tránsito dentro de la Policlínica de Psiquiatría Pediátrica. Sin embargo, en los dos últimos años, nos hemos puesto a disposición de otros agentes: En primer lugar, diversas policlínicas especializadas que funcionan en el CHPR, y hemos tenido una especial respuesta de las policlínicas de Gastroenterología (principalmente han llegado niños con el Síndrome Celiaco), Dermatología y Nefrología, donde la cuestión del síntoma y el cuerpo nos interroga desde diferente manera; y en segundo orden se han extendido redes extra-hospitalarias, recepcionando pacientes del INAU o clubes sociales que conocen la existencia de este servicio.

En los inicios, se comenzó “realizando ateneos de presentación de pacientes, en los que se discutía la pertinencia o no del pasaje a psicoterapia. (...) Invitamos, además de médicos y psicólogos a otros técnicos de salud mental que se interesaran. Los más antiguos fuimos integrando el grupo de supervisores, los más recientes comenzaron su experiencia supervisada, y los que aún no cumplían con los requisitos, participaban como escuchas de libre intervención en las reuniones de discusión. Como se desprende de lo que les relatamos, esta organización no es sencilla. Para cumplirla con mayor eficacia contamos con el apoyo de los propios terapeutas principiantes que, organizados en diversas comisiones de apoyo a la gestión del Programa, ejecutan complejas funciones organizativas. Estas comisiones, se van renovando periódicamente por el lógico agotamiento de cumplir tareas siempre honorarias.

Cada instancia de recepción de un nuevo paciente por el Programa (que comienza cuando el psiquiatra considera que el paciente que presentará se beneficiará a través de una psicoterapia) tiene que recorrer múltiples etapas:

- Aceptación de la psicoterapia por parte del equipo
- Aceptación por parte del paciente
- Aceptación por parte de su familia.

Un trabajo de psicoterapia psicoanalítica supone, cuando el tratamiento llega a su culminación, una asistencia semanal al hospital durante dos años, en algunos casos más. En algunas situaciones las psicoterapias no se pudieron realizar por falta de recursos de los posibles pacientes pues ni siquiera contaban con dinero para la locomoción", pero en la actualidad hemos podido superar ese escollo con recursos de las voluntarias del CHPR.

Otra de las dificultades del comienzo es el cambio de técnico. Los pacientes, que habitualmente han generado una fuerte relación con su psiquiatra y que de técnicas nada entienden, quisieran que fuera el mismo psiquiatra quien se ocupara de su psicoterapia. Los psiquiatras están muchas veces capacitados para poderla brindar, pero, por el tiempo que insume su función hospitalaria sólo pueden hacerlo en unos pocos de los numerosos casos que atienden. Se juega entonces un momento especial a propósito del cambio de técnico, cambio que, en algunos casos, hace fracasar el procedimiento y que, en otros, inicia el nuevo proceso.

La historia del Programa nos va enseñando, que los jóvenes terapeutas mantienen los tratamientos, en general con acentuada responsabilidad, pero dos o tres años es un largo período y las oportunidades laborales que se les presentan, a menudo los alejan inevitablemente del Programa. También los supervisores se van sucediendo por diversas razones." Permanecen aquellos que creen que no han finalizado su ciclo y a los que nos motiva el deseo de transmisión y de permanencia. Contamos con el apoyo de APPIA, institución científica sin fines de lucro, creada por el Prof. Emérito L. Prego Silva, que funciona dentro del ámbito del hospital y que colabora en la difusión científica de todo lo relacionado con la salud mental de la infancia y la adolescencia.

Como Ud. nota, este Programa hasta la actualidad se basa en esfuerzos personales y grupales de carácter honorario. Nos interrogamos, ¿qué nos impulsa a este trabajo honorario? ¿por qué los psicólogos en su función psicoterapéutica (tanto los noveles terapeutas como los supervisores) no recibimos ningún pago cuando la comunidad sostiene a través de impuestos los servicios de Salud? ¿por qué a diferencia de otras profesiones u oficios lo continuamos haciendo y por qué lo hacemos incluso a contrapelo de las posiciones corporativistas de nuestro medio? Estamos reflexionando al respecto y deseamos compartirlo en estas líneas.

Sabemos que no hay análisis posible si el paciente no se hace cargo del enigma de sus síntomas y de lo incierto de su deseo. En el hospital y en el consultorio. Lo enigmático tiene que ser nombrado, historizado en una trama discursiva, para poder ser enlazado de otra manera. Trabajo de deconstrucción y construcción.

La pregunta se impone ¿es diferente la clínica privada de la hospitalaria? En la clínica hospitalaria a la cual respondemos se pone en juego lo honorario pero no los honorarios. Se habla de gratuidad del servicio, el terapeuta y el supervisor no cobran, el paciente no paga. Resuena en nosotros las palabras de Alain Didier-Weill en su texto "Los tres tiempos de la Ley" (Editorial Rio de Janeiro, 1997) en relación a la deuda simbólica "qué has hecho de la gratuidad de la palabra que te ha sido dada". ¿Qué es lo que está en juego en este intercambio; únicamente el hacer clínico del cual el terapeuta recibiría formación a través de las diferentes instancias del programa?

Para finalizar, muchas cuestiones nos atraviesan e interpelan, entre ellas el lugar de la transferencia, donde se juega, al terapeuta y/o a la institución. El novel terapeuta es la cara institucional, ¿Cómo debe estar preparado?; ¿Cuál es lugar que debe dársele a las psicoterapias de los terapeutas? ¿Qué herramientas debemos brindarles?

¿Cuál es límite de aquello que este Programa puede brindar a sus participantes? "Será poco como función lo que permite el psicoanálisis: hacer lugar para que alguien logre subjetivas su padecer en el hablar, bajo el pretexto de un momento transferencial.

El sujeto establecerá una relación al saber supuesto al Otro y por lo tanto interrogará su padecer. Acordamos que esto no es todo en su función propiamente analítica, debemos ir más allá, pero no hay duda que es efecto de orden analítico implicar al sujeto en su padecer, conducirlo hacia un: ¿Ud. qué va a hacer con eso?; ¿Qué tiene que ver Ud. con eso?" Sostenemos que es allí en donde el psicoanálisis establece una cuña, un espacio, un campo que, desde Freud sabemos que se dirige sin inocencia a la subversión del sujeto.

Para finalizar, en Psicopatología de la Vida Cotidiana Freud nos relata que "el Doctor Victor Tausk, bajo el título Dirección de Viaje Equivocado, nos informa sobre un intento análogo, si bien no del todo logrado, de procurar expresión a un deseo sofocado mediante igual mecanismo de extravío:

"Había llegado desde el frente a Viena, con permiso. Un antiguo paciente se enteró de mi presencia y me mandó a pedir que lo visitase, pues yacía enfermo en cama. Accedí al ruego y pase dos horas en su casa. Al despedirme, el enfermo me preguntó cuánto me debía. "Estoy aquí con permiso y no doy consultas, le respondí; "considere usted mi visita como un servicio amistoso". El paciente quedó perplejo, pues sin duda tenía la sensación de que no era justo de su parte reclamar una prestación profesional como servicio amistoso gratuito. Pero al fin se dio por satisfecho con mi respuesta, llevado por la opinión respetuosa -dictada por el placer de ahorrar dinero- de que yo como psicoanalista seguramente obraría de manera correcta. Pasado apenas unos instantes, me acudieron reparos sobre la sinceridad de mi nobleza; lleno de dudas -cuya solución era inequívoca- subí a un tranvía de la línea X. Tras un viaje breve

debía trasbordar a la línea Y. Mientras aguardaba hacerlo, olvidé el asunto de los honorarios y me puse a meditar sobre los síntomas patológicos de mi paciente. Entretanto llegó el coche que yo esperaba y subí a él. Pero en la parada siguiente debí descender. Es que por descuido e inadvertidamente había tomado, en lugar de un coche de la línea Y, uno de la línea X, y viajaba en la dirección de donde acababa de partir, o sea, de regreso hacia el paciente de quien no había querido recibir honorarios. Pero mi inconsciente si quería cobrarlos." (Freud, S. Tomo VI. pág. 221). Entonces, ¿cómo saber de "eso" inconsciente que habita en cada uno de nosotros en la hospitalidad del trabajo hospitalario.

COMPOSICIÓN DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS NORMATIVA DE VANCOUVER

(jerarquización realizada por la biblioteca de APPIA)

Libro:

Shaffer D, Waslick BD. Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona : Ars Medica; 2003.

Autores. Título del libro. Lugar de publicación: Editorial; Año de publicación.

NIVEL ANALÍTICO

Capítulo de libro:

Sharp C, Bleiberg E. Personality disorders in children and adolescents. En: Martin A, Volkmar FR, editores. Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 680-691.

Autores. Título del capítulo. Elemento de enlace En: Autores o editores del libro. Título del libro. Mención de edición. Lugar de publicación: Editorial; Año de publicación. Páginas inclusivas.

Cuando coinciden el autor del libro y el autor de un capítulo del libro (Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia) no se repiten los autores, ejemplo:

Wiener JM, Dulcan MK. Clasificación de los trastornos psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. En: Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona : Masson; 2006 : 71-75.

Artículo de revista:

Phelps E, Balsano AB, Kristen F, Petz JS, Zimmerman SM, Lerner RM, et al. Nuances in early adolescent developmental trajectories of positive and

problematic/risk behaviors: findings from the 4-H study of positive youth development. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2007; 16 (2): 473-496.

Aclaración: En caso de exceder los seis primeros autores, los restantes se reemplazan por la abreviatura et al.; debe separarse del último autor mencionado por una (,).

Autores. Título de artículo. Título abreviado de la revista. Año de publicación; Volúmen (N°): Páginas inclusivas.

RECURSOS ELECTRONICOS

CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Autores. Título [Designación del tipo de recurso]. Lugar de publicación: Editorial; Año de publicación.

NIVEL MONOGRÁFICO

Monografía en Internet (http)

Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografía en Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [citado 9 Jul 2002]. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Editores. Título [monografía en Internet]. Lugar publicación :Editorial; año de publicación [fecha de citado]. Disponible en: dirección electrónica.

NIVEL ANALITICO

Artículo de revista en Internet (http)

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serie en Internet]. 2002 Jun [citado 12 Ago 2002]; 102 (6): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Autor. Título del artículo. Título de la revista [Designación del tipo de recurso]. Año de publicación [Fecha de citado]; Volúmen (N°): [Paginación]. Dirección electrónica.

Página principal de un sitio Web

Cancer-Pain. Org [sitio en línea]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [actualizado 16 May 2002; citado 9 Jul 2002]. Disponible en: [http://www.cancer-pain.org/.](http://www.cancer-pain.org/)

Si el autor no está documentado, el título se convierte en el primer elemento de referencia.

Título [designación del tipo de recurso]. Edición (si es aplicable). Lugar: Editor; Fecha [actualizado; citado]. Dirección electrónica.



IMPRESORA GRÁFICA
Tel.: 2710 6489 - 099 401926
impresoragrafica1@gmail.com

Diciembre 2011 - Montevideo.

D. L. N°. 341.356 /11

IMPRESO EN URUGUAY