

REFLEXIONES

Una psicoterapeuta relacional en atención precoz: Encuentros con el Duelo, el Trauma y la Familia¹

Begoña Magriñá Vadillo

ICW, Barcelona

"Al Hacer psicoanálisis me propongo:

Mantenerme Vivo

Mantenerme Sano

Mantenerme despierto

Pretendo ser yo mismo y comportarme bien.

Una vez iniciado un análisis, espero continuarlo, sobrevivir a él, ponerle fin."

Los fines del tratamiento psicoanalítico

Donald. W. Winnicott (1962)

Desde mi infancia, encontré en el arte una vía para expresar mis emociones. Fue a través de esta representación creativa que hallé alivio y una forma de canalizar mi sufrimiento. Por ello, inicialmente, estudié Diseño. Sin embargo, un momento crucial en mi vida me hizo cambiar el rumbo y embarcarme en la Psicología. Posteriormente, tuve la oportunidad de iniciar mi trayectoria profesional como psicóloga en diversos contextos. No obstante, mi experiencia profesional ha sido mayoritariamente en un Servicio de Atención Precoz (CDIAP) dentro de la red de atención precoz en Cataluña. En este entorno somos testigos de cómo se construyen las primeras relaciones. Es por ello, que desde que conocí la obra de Donald W. Winnicott encajó a la perfección en la atención clínica que desarrollaba.

Mi identidad como terapeuta relacional, al igual que Buechler (2015), la atribuyo en parte a mi psicoterapeuta, quien tenía gran afinidad a Kohut. Fue él quien me ayudó a aceptarme y valorarme, entre otras cosas, a la vez que fui progresando en mi manera de relacionarme con mis pacientes.

También, como Winnicott, agradezco a mis pacientes, a mis maestros relacionales y a mis compañeras de trabajo (y amigas) que me han moldeado y llevado a lo que soy como

¹ Este trabajo ha sido reconocido con el Primer Accésit del Certamen "Devenir Psicoterapeuta" Edición 2024, del Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid, España.

terapeuta relacional, *manteniéndome viva, sana y despierta y siendo yo misma* (Winnicott, 1962).

Me han inspirado para el siguiente trabajo las preguntas que se formula Sandra Buechler en su trabajo "Desarrollando mi enfoque terapéutico" (2015): "*¿Cómo llegué a desarrollar mi manera de trabajar con mis pacientes? ¿Qué parte de ello se fundamenta en la teoría y cuánto proviene de mi experiencia personal y profesional? ¿Hasta qué punto está influenciada por mi propia personalidad y mis mecanismos de defensa, es decir, mi forma de enfrentar la condición humana?*"(pág.1)

Asimismo, me he permitido expresar mi faceta artística, combinando el siguiente trabajo con obras pictóricas y escultura.



La Escuela de Atenas. Raffaello. 1509-11

Una definición sobre el psicoanálisis que me resultó clarificadora para comprender mi práctica terapéutica fue, como afirma Creixell (2012), que la psicoterapia es la exploración en una situación de confidencialidad y a través del diálogo sobre los actos, creencias, emociones y recuerdos tanto presentes como pasados. El propósito es aliviar el sufrimiento, promover el autoconocimiento y mejorar la capacidad de acción del individuo. Añade que la buena praxis de la psicoterapia psicoanalítica implica ser honestos en cuánto a las opciones de tratamiento disponibles. Aunque la parte que consideré útil y, en mi opinión, la más valiosa,

es que la esencia radica en "escuchar, tener y transmitir el sentimiento de estar verdaderamente interesado por el paciente". (pág.18)

Por otro lado, la lectura del libro "Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis" (Sáinz, 2017) me ofreció conocer y aplicar una nueva perspectiva en la que me he desarrollado siendo fiel a mí misma.

En primer lugar, consideramos que Winnicott nos aportó una visión pionera del desarrollo infantil durante décadas y que posteriormente ha continuado, "*cambiando nuestra perspectiva de la ontogénesis humana y contribuyendo a nuestra comprensión de cómo el ser humano crece y cambia a lo largo de su ciclo vital*" (pág. 4, Ávila-Espada en Liberman y Abello, 2008). Por esta razón en el ámbito de la Atención Precoz (CDIAP) es un autor valorado y estudiado.

Una primera idea que nos transmitió sobre el fundamento de la salud mental (Winnicott, 1967) es que, para que se ponga en marcha un desarrollo saludable en el niño, es necesario que haya un entorno (relacional) capaz de adaptarse a la evolución y las necesidades del bebé. Es decir, un niño crece de forma sana cuando ha disfrutado de un *ambiente suficientemente bueno*, ya que se activan las tendencias innatas (biológicas) del individuo y éste se puede desarrollar acorde a dicha herencia. Añade que, es en el *espacio transicional (de juego)* que se abre entre madre y bebé, dónde se dan las experiencias para que la criatura vaya construyendo su identidad (Winnicott, 1971).

Desafortunadamente, no todos los inicios en la vida pueden contar con este ambiente suficientemente adecuado. En ocasiones, los primeros tiempos de vida y, por tanto, vínculos, están marcados por el nacimiento de un hijo con patología, un síndrome genético, un grave trastorno del desarrollo global u otras situaciones adversas. Considerando que el nacimiento de un hijo con graves dificultades del desarrollo es una de las transiciones psicosociales que puede desencadenar en un duelo (Tizón, 2004).

Entendemos el duelo como "*la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.*" (Freud, 1917, pág.4). La pérdida principal a la cual se enfrentarán los padres del CDIAP es el hijo sano que deseaban y que habían imaginado y la maternidad/paternidad afectada por un sufrimiento inesperado.

Cómo es natural, se inicia un proceso de adaptación ante este hijo que nace en medio de adversidades, el cual, desde nuestro servicio pretendemos acompañar y sostener, y ofrecer el espacio y tiempo para irlo elaborando.

La mayoría de los progenitores puede mostrar tristeza y expresar las emociones que están transitando, dentro del marco asistencial que se les ofrece, a pesar de que, actualmente, la sociedad occidental no nos permite entristecernos y muchas madres y padres se sienten atrapados en este "precepto" (Sáinz, 2023).

No obstante, las personas reaccionan de maneras muy diferentes ante este mismo duelo: *"El espectro va desde la reacción de congoja normal, a través de la depresión neurótica, hasta la depresión psicótica"* (McKinnon y Michels, 1988, pág.168). En otras ocasiones este duelo se podría volver patológico: *"A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía"* (Freud, 1917, pág.4). Los padres/madres han sufrido una pérdida que los conecta con sus pérdidas anteriores y se ponen en marcha sus afrontamientos defensivos.

Para Sáinz (2023), el impacto del duelo se extiende en toda la vida de quien lo experimenta. En particular, cuando el duelo es disruptivo (no evolutivo), no solo afecta la rutina diaria, sino que también debilita la integridad del individuo. Reconocer esta fragilidad es clave para poder adaptarse a ella. En dicho duelo, la persona entra en contacto con una parte muy primaria. Por tanto, se piensa que aquellos que recibieron cuidados confiables y amorosos en su infancia, probablemente, tendrán una base más sólida para enfrentarse a este proceso, activándose capacidades más saludables. Y al revés, más dificultades.

Pese a que no se pueda anticipar qué personas desarrollarán un duelo patológico u otra psicopatología, pensamos que la normalidad y la patología no tienen una estricta línea divisoria, sino que la diferencia fundamental es que las personas "normales" tienden a ser más adaptables a su entorno, mientras que aquellas con trastornos suelen exhibir conductas más rígidas y poco adaptativas. (A.F. López y col., 2010).

Asimismo, es importante considerar que en el duelo disruptivo todas las facetas del individuo pueden resultar afectadas, la física, la psicológica y la cognitiva (como mínimo) (Sáinz, 2023).

No obstante, por otra parte, uno de los precipitantes más comunes que predisponen a la depresión son la pérdida de un ser querido (McKinnon y Michels, 1988). Y existe una fuerte evidencia de que las experiencias precoces de abandono, abuso o separación pueden *"crear una sensibilidad neurobiológica que predispone a los individuos a un trastorno depresivo en el adulto ante estresores"* (pág.169).

En la primera edición del DSM-5 se eliminó la reacción tras la muerte de un ser querido (duelo) como criterio de exclusión para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor (APA, 2013). En la revisión del DSM5 (DSM-5TR, APA, 2023) se incorpora el trastorno por

duelo prolongado, que también es incluido por la CIE-11 dentro del grupo de trastornos relacionados con el estrés.

En ambas clasificaciones, el duelo prolongado se refiere a la pérdida a causa de la muerte de un ser querido. El duelo prolongado se caracteriza por ser una respuesta normal pero persistente y profunda ante la pérdida de un ser querido. Las diferencias que establecen con el duelo "normal" son sólo por su duración y su intensidad.



Francisco Pradilla. Doña Juana la Loca. 1877

Por otro lado, en los criterios diagnósticos para la depresión mayor del DSM5 (APA, 2013) se hacía énfasis en el juicio clínico para diferenciar entre el duelo y la depresión, así como cuando uno puede evolucionar hacia el otro. Asimismo, se reconocía que la depresión podía ser una respuesta a diversas pérdidas significativas, como la muerte de un ser querido, problemas económicos o enfermedades graves.

Esto nos sugiere un debate sobre la especificidad del *nuevo diagnóstico*, ya que es difícil encontrar diferencias entre dicho constructo y un motivo de consulta desencadenado por una pérdida, un duelo normal o la depresión mayor. (Levy, 2022)

Todos estos desacuerdos y ambigüedades en los constructos de depresión mayor y duelo prolongado ponen de manifiesto la dificultad del diagnóstico diferencial. Es por ello que coincido con Talarn (2015) cuando señala que para diagnosticar una depresión se tiene que "*escuchar atenta y cuidadosamente el relato vital del paciente y tener una formación con un*

marco sólido para entender el significado clínico profundo del término” (p.405). Y añadiríamos que, según nuestra experiencia y apoyados por lo que afirma Sáinz (2023), la elaboración del duelo es un proceso continuo que no tiene un final definitivo, sino que se alcanza cuando la persona logra seguir adelante a pesar del dolor, siendo este más manejable con el tiempo.

Como hemos comentado anteriormente, en el entorno del CDIAP nos encontramos en un lugar privilegiado para poder atender estos duelos y a la vez poder detectar si no se está resolviendo suficientemente bien. Al mismo tiempo ofrecemos y facilitamos el *espacio transicional* donde se pueda dar el juego creativo entre madre/padre e hij@s. Dicho *espacio transicional* se da en varias dimensiones (que se superponen), tanto en la relación padres-hijos como entre hijos-terapeuta-padres (Winnicott, 1971).

Recuerdo a Sinþs y a su familia. Llegaron a nuestro servicio cuando fue dado de alta del hospital con un año y medio. A los 6 meses de vida de Sinþs aparece un tumor que tiene que ser extirpado de urgencia por la malignidad y empezar tratamiento oncológico, siendo hospitalizados durante más de un año (en la época de la pandemia por COVID).

Los padres consultan porque Sinþs rechaza probar la comida. Ha estado vomitando mucho durante todo el tratamiento oncológico y le han colocado una sonda para ser alimentado y ahora que “ya está mejor” rechaza muchos alimentos.

Sinþs es vital, listo, cariñoso, juguetón y con ganas de relacionarse. Me planteo que el tratamiento va mucho más allá del niño, puesto que la situación de la madre y del padre requiere de mucha atención y sostenimiento. Winnicott (1965) inspira mi quehacer cuando propone la *relación terapéutica* como un entorno favorable donde el terapeuta pueda desplegar su función de *Holding*. El sostén al que se refiere Winnicott (1967) va desde el soporte físico vital durante el desarrollo intrauterino, pasando por el cuidado adaptativo completo del bebé, hasta el cuidado de la función de la familia. Lo esencial es la capacidad de identificarse y comprender los sentimientos del bebé/niño.

Me dispongo entonces a sostener, permitiendo que esta familia al completo exprese con libertad su momento vital y su manera de afrontarlo, y con la empatía suficiente para irme adaptando a lo que ellos necesiten (Sáinz, 2017).

La madre de Sinþs ha sufrido en el pasado varias pérdidas continuadas, con lo que cuando llega la noticia de la enfermedad de su hijo, ya había sufrido varios duelos recientes. En primer lugar, a las 14 semanas de embarazo pierde la hija que esperaba y refiere que desarrolla una depresión y agorafobia (tratada en el servicio de Salud Mental Público). Explica también que surgió un importante conflicto en el entorno laboral debido a su baja. Expresa

que sentía “muchísima tristeza y culpa” porque “se había cuidado poco durante el embarazo”. Más adelante, se queda embarazada de Sinps, siendo éste un embarazo de alto riesgo por problemas en las arterias del pequeño, y que requirió reposo. Asimismo, durante el embarazo se muere su abuela con quien tenía un vínculo muy estrecho.

Entendemos que desde el primer duelo (perinatal), aparece sintomatología compatible con un duelo complicado y *“se sabe que la no elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos”* (Tizón, 2004, pág.3)

Durante el tiempo de tratamiento, Sinps fue mejorando poco a poco en el descubrimiento del mundo, de nuevas relaciones y en el disfrute de nuevos alimentos. Sin embargo, pasaron momentos de mucha angustia cuando durante unos meses aparecieron de nuevo indicadores que alertaban sobre la posibilidad de la reproducción del cáncer. A lo largo de aquellos días de miedo e incertidumbre, facilité el encuentro con los padres de forma on-line, puesto que estaban hospitalizados. Flexibilicé mi *setting* externo y me mostré disponible para acompañar en sostener el gran dolor que supone la enfermedad grave de un hijo. Mi actitud era estar receptiva, fomentando la expresión de los sentimientos, escuchando empáticamente, sin mucho que añadir, ya que lo esencial era proporcionar una experiencia relacional y emocional, no indicar cómo o qué han de sentir o hacer las cosas. (Sáinz, 2023).

Traigo a mi mente una sesión en la que la madre utilizó una metáfora para explicar cómo sentía que iba elaborando el duelo (y mejorando en su depresión). Aquel día utilizamos la sala de psicomotricidad y Sinps podía disfrutar de un tobogán, que no había probado nunca y por lo cual estaba asustado. Se acercaba a éste y cuando yo le animaba a subir se alejaba, aunque no dejaba de mirarlo con muchas ganas. Durante toda la sesión nos acercábamos lentamente, conmigo a su lado y la madre animando. Él subía un poco y se alejaba de nuevo. Así fue hasta que, coincidiendo casi con el final de la sesión, él expresa que quiere subir hasta arriba del todo del tobogán, y se lanza sin miedo. Al terminar la visita la madre me comenta que ella se siente como Sinps, que, sin forzarla, sintiéndose acompañada y con comprensión del sentimiento de miedo, lentamente puede atreverse cada vez más a disfrutar de la vida y “superar la depresión”.

Reflexiono sobre la propuesta de Winnicott en la comprensión de la depresión: *“En un estudio de la salud es preciso incluir la seriedad o gravedad -afín con la depresión- propia de los individuos que han madurado, en el sentido de que han logrado la integración. Esos son los individuos en los que podemos encontrar una personalidad rica y llena de posibilidades”* (pág. 13-14). La perspectiva del autor contempla la depresión como un proceso a través del cual se alcanza la maduración *“la salud que es inherente a la capacidad de deprimirse”*. Sugiere que

esta sintomatología puede acercarnos a la dureza de la vida, permitiéndonos experimentar el dolor de la realidad del mundo en ciertos momentos *"en la salud, el talante grave se relaciona con las pesadas responsabilidades que llegan con la edad"* y a la vez *"alegrarse plenamente cuando las cosas marchan bien."* (Winnicott, 1967, pág.6)

Por otro lado, la relación entre la madre de Sinps y yo es asimétrica, yo no estoy sufriendo como madre, ni como amiga, pero mostrándome como ella, humana, me permito transmitirle mi cercanía emocional, mi alegría por ver a Sinps vivir y crecer, en definitiva, dejándome mirar, a la vez que se pueda reflejar en mí (Winnicott, 1971).

El padre ha vivido de manera distinta el proceso. Por motivos de su trabajo no podía asistir a la mayoría de las sesiones. En algunas ocasiones viene, y suele situarse un poco más lejano, en una silla de adulto, manteniéndose observador. Observo que siempre mantiene un rictus serio desde el inicio de la atención, que sólo varía cuando Sinps se dirige a él. Percibo su tensión cuando habla de cómo ve a Sinps.

En aquella sesión, como en todas, Sinps era el centro de atención, pintaba el espejo con unas pinturas especiales de vidrio, enseñando a todos los participantes qué bien lo hacía, moviéndose entre los tres, en un juego "a cuatro". El padre, por su "rol masculino" y su historia personal, había aguantado trabajando todo este tiempo de sufrimiento por la vida de su hijo. Como muchos padres/madres, no había podido permitirse "desmontarse". Estos padres/madres a menudo no consienten que la tristeza, angustia o vulnerabilidad afloren. Durante mi trayectoria profesional he constatado que la defensa les mantiene en modo supervivencia.

Esta situación se asemejaría al *Miedo al Derrumbe* propuesto por Winnicott (1963) dónde las defensas se ven amenazadas por el trauma temprano (Tinajas y cols. 2022). Esta reacción defensiva es propia de aquellos que han vivido una importante falla ambiental porque el miedo que sienten ya ha ocurrido, reviven algo que ya sucedió (Winnicott, 1963a). Es fundamental atender a estos padres/madres que enfrentan un profundo dolor por sus hijos, bajo el prisma mencionado, ya que en muchas ocasiones nos encontramos con ese miedo y esa experiencia previa de falla ambiental. Puntualizamos que hay diferencias entre el concepto de Winnicott y lo que aquí planteamos, pero se asemejan en el sentir profundo del temor. D.W. Winnicott añade sobre esta cuestión que *"no todos los pacientes que presentan este miedo lo manifiestan al comienzo del tratamiento. Algunos sí lo hacen, pero otros tienen tan bien organizadas sus defensas que sólo cuando ya se han hecho progresos considerables en el tratamiento el miedo al derrumbe pasa a primer plano."* (pág. 142). En este sentido, observamos que cuando los padres/madres a los que nos referimos ocultan y evitan

este tipo de expresión del sufrimiento durante un período prolongado de tiempo, curiosa y frecuentemente, lo pueden manifestar en el momento en el que el hijo/a está mejor.



Grupo familiar. Henry Moore. 1944

Advierto que el padre de Sinps se enfrenta a esta circunstancia. Y, dado que me encuentro en un contexto específico de atención a la familia, no de terapia individual de adultos, debo abordar esta necesidad con prudencia.

En la sesión que nos referíamos anteriormente, el padre dirige su mirada a Sinps y veo asomar una sonrisa a través de la mascarilla (época post covid), es entonces cuando me atrevo a decirle que es la primera vez que lo veo sonreír. Llora entonces y admite que, efectivamente, durante todo este tiempo no ha logrado encontrar motivo para esbozar una sonrisa. Se abre un espacio donde hablar de ello dejando que el padre, por fin, exprese sus miedos y allí son sostenidos y respetados. Yo como psicoterapeuta, busco comprender cómo se sentían todos los miembros de la familia de Sinps. Me acerco a su dolor emocional y valido los sentimientos de cada uno de ellos (Winnicott, 1971), "*Lo que se necesita es la capacidad de identificarse, de saber qué es lo que siente el bebé*" (Winnicott, 1967, pág. 7).

Nuestro encuentro en la vida no fue muy largo, aunque sí me marcó intensamente. Sinps me enseñó la gran capacidad de adaptarse a lo que estaba viviendo. Sin embargo, esa

capacidad no surgió de la nada, sino que fue moldeada por unos padres que le brindaron las herramientas necesarias para enfrentar las fallas en el ambiente.

Aunque el comienzo de la vida de Sinps fue muy arduo, sus cuidadores principales, con su capacidad de sostén emocional (holding), se ajustaron lo suficiente a la realidad que les tocó vivir, proporcionándole una dosis adecuada de esperanza para seguir creciendo y madurando, así como también la dosis necesaria de *desilusión* para estar en contacto con la cruda realidad. En algunas ocasiones nos encontramos que la realidad no es filtrada por los cuidadores principales y aparece un exceso de realidad. Dicho ambiente hiperrealista de cuidados emocionales puede provocar *una huida hacia la realidad* (Winnicott, 1971 en Sáinz, 2017).

En las últimas visitas me comunicaron, con ilusión contenida, que estaban nuevamente embarazados. Su hija llegó a la vida con la sabiduría de los padres y un hermano con cuyo inicio en la vida arduo e intenso.

Ellos me dieron permiso para entrar en la intimidad de la familia y pude cuidar su duelo y su "depresión" ayudándoles a integrarla en su crecimiento como personas.



Jean-Eugène Buland. Felicidad de los padres. 1903

Otra experiencia que me ayudó a devenir como psicoterapeuta relacional vino de la mano de Guma y su familia, sobre todo de la madre que me enseñó que cuando nos enfrentamos al duelo y al sufrimiento, hacemos todo lo posible con las capacidades a veces limitadas que poseemos.

Como comentábamos al inicio del texto, la reacción al duelo es diferente en cada persona y no podemos adivinar si se complicará o no. El duelo que pensamos que estaba atravesando la madre de Guma era a través del mecanismo de defensa frente al sufrimiento que Freud llamó manía: *"la peculiaridad más menesterosa de la melancolía, y la más menesterosa de esclarecimiento, es su tendencia a volverse del revés en la manía"* (Freud, 1917, pág.8). Actualmente se podría llamar síndrome maniaco (McKinnon y Michels, 1988) y se describe como el reverso clínico de la depresión y *"el producto de la negativa y la inversión de afecto"*.

Guma llegó al servicio de CDIAP derivado por riesgo biológico a los tres meses de edad junto con su hermano gemelo, que nació con un síndrome grave y mucha afectación del desarrollo global. Nació prematuro y fue el segundo en nacer.

Recibimos en una primera visita conjunta de padres y bebés, en la cual explican que Guma es más demandante que su hermano. Sonríe, balbucea, llama la atención del adulto. Se quejan de que duerme mal y no coge el sueño, llora mucho y está inquieto, no se calma con nada.

Durante los primeros meses los padres desconocen la gravedad de la evolución del síndrome del hermano gemelo de Guma, pero una de sus muchas consecuencias es una enfermedad que le lleva a intervenciones quirúrgicas con múltiples ingresos y a una gran fragilidad por problemas respiratorios. Es decir, la sombra de la muerte está presente desde el nacimiento.

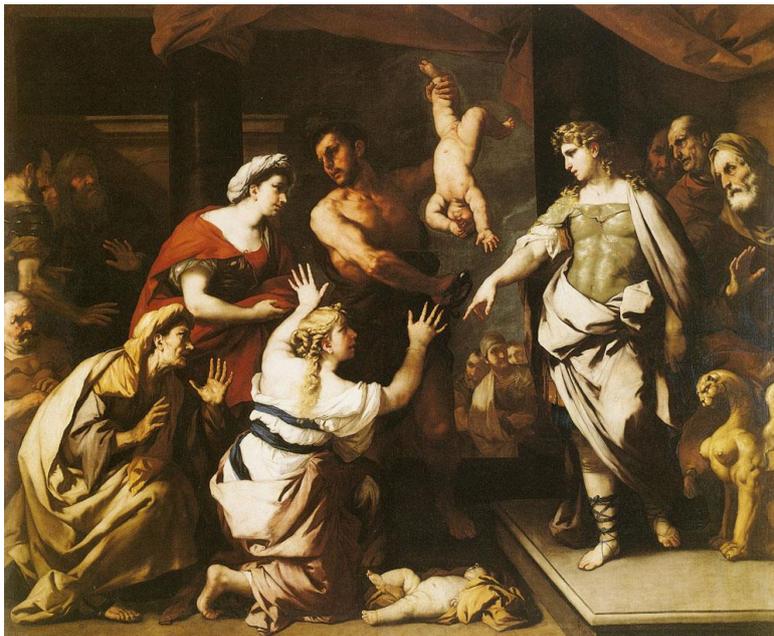
El pequeño Guma, aparentemente sano, demanda atención constante, lo que agota a sus cuidadores, viendo estas conductas como negativas. A pesar de las habilidades cognitivas y sociales que Guma muestra, tiene conductas de golpear y morder, expresando su deseo de conexión con sus padres. Estamos de acuerdo en que la agresividad (Winnicott, 1964) de estas reacciones tiene que ver con la expresión primigenia del amor, que no hay pulsión de muerte, sino de vida. Creemos que Guma está expresando su vitalidad no su odio. Para Winnicott (1939) la expresión de la rabia es valiosa para el bebé. Sin embargo, esta agresión se puede convertir en destrucción si el entorno no lo recoge como algo natural (Sáinz, 2017). Y somos testigos de que la falta de tolerancia por parte de los padres hacia esta agresión está dificultando el manejo.

En algún momento de la relación terapéutica la madre de Guma me manifiesta que *"aunque está siempre por ellos, nunca es suficiente para él."* En cierta forma, yo también siento dicha insuficiencia en las sesiones con ellos. No tanto en la relación con Guma, que es capaz de llenarse de nuestra relación de apego seguro, sino en la relación con la madre por la que

siento un cierto sentimiento de fastidio, ya que no es capaz de ponerse en la piel del hijo, de entender qué le pasa a Guma.

Esperaba que la relación madre-Guma encontrase su conexión y ofrecí un enfoque que solemos utilizar frecuentemente en atención precoz, la mentalización, para potenciar las competencias parentales para facilitar el desarrollo del niño (Graell y Lanza, 2018). Sin embargo, entré en el "acting" de ofrecer demasiadas ideas de juegos y observaba desmotivada que no obtenía los resultados esperados.

Mi frustración continuaba ya que Guma y su familia viven una época de mucha tensión (ingresos del hermano, periodo de confinamiento por covid, etc...) y la madre se muestra muy angustiada. Incluso el lenguaje que utiliza con el pequeño es despectivo ("*lo hubiera ahogado con la almohada*", "*que puñetero que es el jodido*"). Entiendo que está expresando una fantasía (¿Por qué no ha muerto, por qué no murió entonces, porque él está sano?) por lo que el sentimiento es validado. Ahora bien, siento enfado, soy yo la que no soy capaz de empatizar con ella, y debería tener en cuenta la importancia de la empatía como parte esencial de la observación psicológica (Kohut, 1966).



El Juicio de Salomón Luca Giordano. 1665

Me remito de nuevo a Winnicott (1949) para poder entender qué pasa. El autor en su trabajo *Odio en la contratransferencia* destina un apartado a este tema afirmando que la madre puede odiar al bebé antes de que éste la odie a ella. Explica que el bebé, debido a su amor, puede herir a la madre. La madre puede odiar por otros motivos.

Comprendemos que la madre de Guma se ha enfrentado al peligro que supuso para su propia vida el embarazo y el parto de los gemelos y también la rabia que se puede sentir delante de la agresividad/vitalidad que Guma expresa. No obstante, Winnicott advierte que *"Una madre ha de ser capaz de tolerar odiar a su bebé...No puede expresárselo a él."* (Daurella en Sáinz, 2022, pág.213). Y creemos que la madre de Guma no lo protege de sus expresiones de odio.

El tercer planteamiento del "Odio en la Contratransferencia" es que algunos tipos de pacientes transmiten experiencias tan primitivas y deficientes que generan un sobreesfuerzo tal, que puede llevar a sentir odio hacia ellos. Por no tratarse de una paciente tan deficitaria, la vivencia no es tan fuerte, pero sí hay una antipatía, que no logro entender. En la misma línea, el autor afirma que ha de haber un aporte que le pueda suministrar el terapeuta para que sea capaz de transmitírselo luego a su hijo. Este autor también planteó la posibilidad de una autorevelación, aunque yo no me sentía capaz de ello.

Guma ansía ser mirado y atendido como el niño necesita (Kohut, 1966). Está frustrado y busca, mediante su conducta (pegar, hiperactividad, sueño inquieto, reclamando...) ser atendido.

Según D.W.Winnicott (Sáinz, 2017) madre y niño se identifican el uno al otro y se da empatía recíproca. Parece que estos sentimientos y emociones no son sintonizados por sus cuidadores principales. Como dice Winnicott (1971) el problema podría surgir de que la función de espejo se atrofie y se transforme en *percepción*, en otras palabras, que la identidad de Guma no se construya sobre representaciones simbólicas y emocionales, sino en la sensorialidad.

Más aún, *"La base de nuestra capacidad para acceder a la mente del otro viene dada por el hecho de que en la organización mental de la infancia los sentimientos, las acciones y la conducta de la madre formaban parte de nuestro self. Esta empatía primigenia con la madre nos prepara para reconocer que, en gran medida, las experiencias internas básicas de la gente son muy parecidas a las nuestras. La primera percepción de los sentimientos, deseos y pensamientos de otras personas ocurre en el marco de una concepción narcisista del mundo. Así pues, la capacidad de ser empático pertenece al componente innato de la psique y sigue posteriormente asociado al proceso primigenio"* (Kohut, 1966, pág. 15). Por tanto, la capacidad de Guma para entender al otro vendrá dada por cómo ha organizado el entorno dicha empatía.



El Padre Jofré protegiendo a un loco. Joaquín Sorolla. 1887

Para Winnicott (1963) el trauma es algo relacional, algo que no sucedió cuando debería haber acontecido. En este sentido pensamos que Guma está teniendo fallas en el entorno que podrían representar "*la ruptura de la continuidad de la línea de la existencia*" como define el trauma Winnicott (1967). Mi sentimiento es de impotencia.

Otros autores desarrollaron el concepto de trauma en esta misma línea, como M. Khan (1964) que habló del trauma acumulativo formulándolo como experiencias nocivas no obvias y continuadas durante la etapa infantil temprana. Más aún, P. Bromberg (2011) plantea que el trauma evolutivo forma parte de la propia configuración de los patrones de apego tempranos (pre-simbólicos). Es un suceso inevitable de la vida temprana de los seres humanos, aunque en diferentes grados. La diferencia estibaría en que, en algunas personas, da lugar a una estructura mental disociada que dominará todo el funcionamiento de la personalidad y de la vida mental. El trauma causa una disociación, vacío o una grieta en la experiencia, disminuyendo la capacidad para la regulación afectiva y dar un sentido a las cosas (Bromberg, 2011).

También queremos destacar por su relación con el caso, el trabajo de Margaret Crastnopol (2011) que presenta el fenómeno microtraumático, que es el trauma que se da en la cotidianidad y pasa desapercibido y, sin embargo, genera un impacto intenso en el individuo. Pensamos en su utilidad para entender las dinámicas familiares, donde existen traumas generacionales que son microscópicos, sutiles y difíciles de reconocer y que resultan más complicados de entender y curar. No pueden ser explicitados fácilmente o pueden estar

disociados. Según Crastopol, éstos se pueden ir acumulando silenciosamente, siendo, si cabe, más destructivos. Lo dañino de este tipo de microtrauma es la repetición leve pero insistente que perjudica seriamente la autoestima y las relaciones con los demás. El individuo no se puede defender ni reparar el daño sufrido porque lo inesperado de este tipo de trauma causa que no se pueda registrar la realidad. Los cinco tipos de microtrauma, con niveles de intensidad diferente de hostilidad, indiferencia u odio, tienen en común que producen un daño psíquico al self continuado, mientras que permiten al otro en la día preservar su apariencia de ser bienintencionado. Esto es debido a que hay un deseo por parte del niño de mantener el apego saludable a un objeto.

Pensábamos que Guma está percibiendo que en su contexto familiar determinados sentimientos, pensamientos y expresiones no sólo no son aceptados, sino que incluso conducen a reprobación y rechazo, y que se estaba instaurando algún trastorno ya que observábamos in situ la co-creación de un *complejo sistema de acomodación patológica*. Esta, según B. Brandchaft (1993, 2007 en Coderch, 2013) es la respuesta a la *"continua influencia de la experiencia de apego traumática en el curso del desarrollo"* (pág.4).

Y, por otro lado, también considerábamos que la madre de Guma estaba inmersa en una reacción maníaca ante el duelo de su hijo donde *"hay depresión, pero ésta se niega a través de un proceso inconsciente, de modo que los síntomas de la depresión son reemplazados por lo opuesto."* (Winnicott, 1967, pág.13). Presentaba "una actividad hipertrofiada de la mente" F. Sáinz (2017) y estaba bloqueada para simbolizar su sufrimiento. Su discurso maníaco y obsesivo le lleva constantemente a lo concreto sin permitir la reflexión y mentalización.

Me sentía abrumada por no saber qué hacer con Guma y su madre, los dos necesitaban mucho.



Campo de trigo con cuervos. 1890. Vincent Van Gogh

Puesto que el espacio de CDIAP no puede ofrecer el setting adecuado para una intervención psicoterapéutica intensiva que necesitaba la madre, se le recomendó ir a psicoterapia en otro servicio, pero después de unas sesiones con una psicóloga privada lo dejó. Finalmente, se le pudo proporcionar un espacio de Terapia de Apoyo (McKinnon y Michels (1988), limitada en tiempo e intensidad por las indicaciones del servicio público donde me hallaba.

Consideré detenidamente cómo favorecer ese ambiente óptimo sólo para ella: *"La relación que puede tener lugar en el vínculo terapéutico brinda la calidad de relación de objeto-sí-mismo necesaria a un paciente determinado, lo que facilita que la experiencia de objeto-sí-mismo sea correctora"* (A. Ávila Espada, 2005, pág.215). Y reflexioné sobre alguna propuesta para la mejora en la intervención terapéutica relacional. Me resultó muy estimulante la propuesta de Bacal (2017) sobre la actitud analítica denominada *Responsividad Óptima*, que promueve el cambio terapéutico. Winnicott en 1967 ya expresó una idea similar afirmando que la función del analista no es interpretar correctamente sino estar disponible para responder con una comprensión que sea apropiada y útil para el paciente.

Pero mi rechazo, por su actitud con Guma, todavía planeaba en nuestra relación. Como sugería Winnicott (1949) yo había podido tratar algunos aspectos del odio en mi propia psicoterapia, pero el caso de Guma y familia me había mostrado que todavía tenía algo más pendiente. Debía entrar en contacto con el verdadero self de la madre de Guma, siendo constante, estable, predecible, preocupándome por ella realmente y no juzgando tanto (A. Ávila Espada, 2005).

Fuí consciente de que en la interacción terapéutica estaba pasando algo, me hallaba en *enactment*, lo que Bromberg (2017) define de la siguiente manera: *"Es un acontecimiento disociativo compartido. Se trata de un proceso de comunicación inconsciente que se dirige a aquellas áreas de la experiencia del self del paciente donde el trauma ha afectado, en un grado u otro, la capacidad de regulación afectiva en un contexto relacional y, por tanto, al desarrollo del self al nivel de procesamiento simbólico mediante pensamiento y lenguaje"* (pág. 75).

En relación con éste, los teóricos se preguntan si el enactment favorece el trabajo terapéutico o no. Y Brown y Lane (2000) dudan de si se trata de un error técnico del terapeuta (Sassenfeld, 2010). En nuestra opinión, podíamos haber tenido errores técnicos con Guma y familia, pero considerábamos que la falla del terapeuta (Winnicott, 1955) es consustancial a la relación terapéutica: *"La clave reside en que el fracaso del analista se utiliza y debe ser tratado como fracaso pasado, un fracaso que el paciente es capaz de percibir y...El analista necesita poder utilizar sus fracasos en términos de lo que significan para el paciente..."*. Por lo que concluí

que éste posee un efecto positivo y transformador. En esta misma línea encontramos que Renik, por ejemplo, cree que no sólo es inevitable, sino que es necesario. De hecho, el enactment es considerado por algunos otros autores un requisito previo para el cambio terapéutico del paciente. Incluso se puede afirmar que proporciona “*la activación emocional necesaria que conduce a cambios neuronales*” (Gumat en Sassenfeld, 2010).

Los expertos recomiendan el autoconocimiento, la autoobservación y el autoanálisis para que cada analista identifique las áreas personales donde es más probable que se produzcan escenificaciones, como ya apuntaba Winnicott en *Odio en la contratransferencia* (1949).

En cualquier caso, adoptar una actitud reconociendo mi propia participación en el *enactment*, que surgía de mis conflictos, impulsos y deseos inconscientes, aunque fuese inducido por el paciente, iba a ser beneficioso para nuestra relación terapéutica.

Con el tiempo, el enactment se fue resolviendo sin necesidad de abordarlo explícitamente.



No hay cerebro suficiente para sobrevivir. Thomas Leroy, 2009

Por otro lado, paralelamente a la atención a la madre, decidimos proponer a Guma, un espacio terapéutico grupal de psicomotricidad relacional. Se pretendía a través del juego corporal y simbólico facilitar la relación con el otro. Además de ello en la psicomotricidad que ofrecemos desde el CDIAP, se experimentan sensaciones corporales, integrándolas en la mente fomentando la regulación emocional. La psicomotricidad relacional es una

intervención muy adecuada en esta etapa y que se basa en la teoría de Winnicott (1949) sobre el cuerpo y psique, entre otros autores. Destacamos que dicho autor nos planteó que la salud mental se relaciona con "*la capacidad de integrar las emociones dentro de la experiencia corporal y a la vez permitir el desarrollo de una mente capaz de llevar a cabo dicha integración*" (pág. 99).

En la experiencia corporal de Guma ha habido muchas situaciones de no integración o de integración desregulada. Si, como afirma Winnicott (1967), el cuerpo del bebé que recibe los cuidados de forma continuada expresa emociones a las cuales el cuidador debe dar sentido, en el caso de Guma el proceso ha sido extremadamente rígido. La madre ha relacionado las experiencias siempre con lo físico (lo concreto) teniendo poco en cuenta la vivencia afectiva, por lo que pensamos que la conexión *sentimiento-emoción* dentro del vínculo se ha visto alterada. La función mental que ha podido brindar a Guma ha sido muy rígida, evitando el contacto con el mundo emocional.

Asimismo, la experiencia del jugar para Winnicott (1971) es la base para el desarrollo psicológico (Aucouturier, 2018). Como comentábamos al inicio del texto, si el entorno materno (cuidadores principales) responde adecuadamente a las necesidades del niño (*entorno suficientemente bueno*), éste desarrolla la ilusión de que es él quien crea la realidad. Si este proceso se repite, el niño interioriza al entorno como estable, y le permite tolerar momentos de malestar. La ilusión de haber creado esa realidad y el placer que resulta de ello, junto con el sentimiento de omnipotencia que experimenta, constituyen el origen de una pulsión creadora que caracteriza a todo ser humano. Esta ilusión de creación marca el primer acto de creación por parte del bebé, que a la vez es juego.

Como es sabido, con el adulto mayoritariamente nos comunicamos a través de las palabras (aunque también es juego), pero con el niño el jugar (*playing*) en interacción es la principal herramienta para abordar la psicoterapia. Es una forma de comunicación universal, natural y promueve la salud, proporcionándonos autocuración (Winnicott, 1982 en Portalatin, 2020).

Por todo ello, esperábamos que la psicomotricidad relacional fuera una herramienta potente para Guma, que ya contaba 4 años.

En tercer lugar, se propuso a la madre de Guma un grupo de trabajo del Duelo desde la Arterapia. En ese contexto de holding grupal, además de la terapia de Apoyo individual, pudo empezar a sentirse más tranquila, a expresar sentimientos de sufrimiento y tristeza profunda y parar el pensamiento maniaco, obsesivo y concreto. Empezó a sentir (no tanto a pensar) todo lo que le había sucedido interiormente durante 5 años.

En la última sesión de arteterapia grupal escribe unas palabras donde nos dice a mí y a la co-terapeuta, *"gracias por crear este grupo y pensar en mí y dar valor a todos estos sentimientos que tenemos adentro. ¡Me habéis ayudado más de lo que os imagináis!"*

Me sentí profundamente emocionada. No lo imaginaba, no, lo que le habíamos ayudado, pero, sí, habíamos dado mucho valor a sus sentimientos.



Niños jugando a dados. Bartolomé Murillo. 1670-75

Guma también evolucionó y creció durante este tiempo (5 años en el CDIAP).

"Es jugando y solamente jugando que el individuo, niño o adulto, es capaz de ser creativo y de usar su personalidad completa.

Es sólo siendo creativo que el individuo descubre su yo". (Winnicott, 1975)

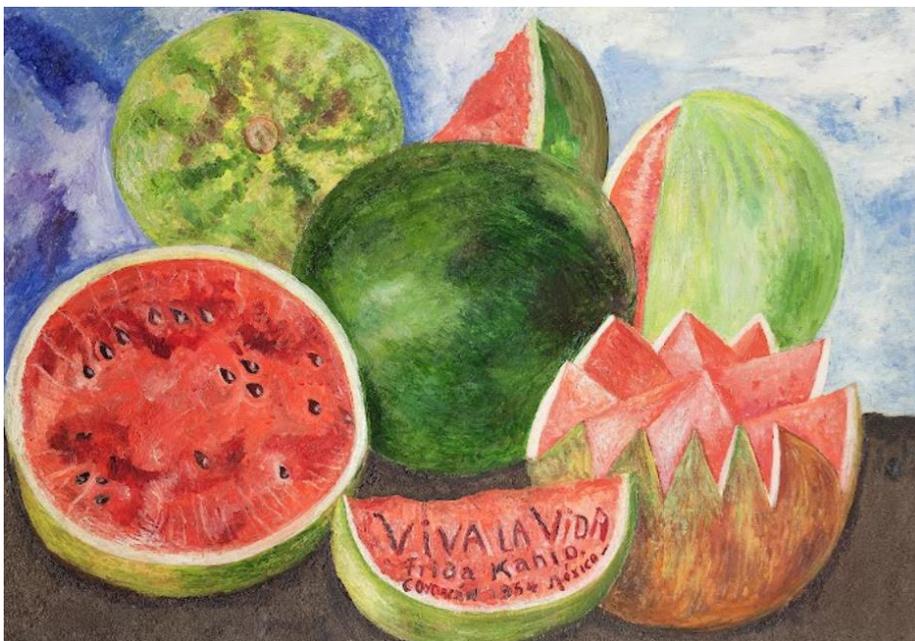
Destacaremos para finalizar, una de las últimas sesiones que trabajamos con la técnica de *caja de arena* (Gonzalo Marrodán, J.L., 2013).

Guma va haciendo parejas de personajes, policías y ladrones. Le comento que él con Noah también es una pareja y me dice que sí, pero que él (hermano) no habla.

-Le respondo que cada uno de ellos ha crecido de forma diferente. Le explico que su hermano tuvo problemas... y me dice: *"se queda dormido" que tiene "epilepsia"*.

- Se lo confirmo y digo que él, en cambio, está sano (dice que él no come verdura).
- Le explico adecuadamente que su hermano a veces no puede arreglar cosas, pensar bien o hablar "rápido con palabras" como él.
- Asiente mirándome muy atentamente lo que le explico.
- Sigo adelante, ya que observo que está muy interesado en lo que le digo (que ya se lo han explicado en casa, pero que parece querer saber más).
- Digo que cuando nacieron, él nació bien pero su hermano no tanto. Él contesta: "*Sí, Yo le dí una patada para que saliera primero*" (¡!!)
- Le respondo que él no tiene la culpa de que esté mal, pero Guma me contesta que sí, que lo empujó para que saliera.
- Intento con mis palabras transmitirle que "*él era un bebé y no se daba cuenta de lo que hacía*". Asiente, y repite: "*sí, los bebés no se dan cuenta*", refiriéndose a que no son culpables de lo que hacen.

"Lo opuesto a lo vivo del infante es entonces un factor antivida derivado de la depresión de la madre. En tal caso, la tarea del infante es estar vivo, parecer vivo y comunicar que está vivo; en realidad esta es la meta ultima de tal individuo, al que se niega lo que tienen los infantes más afortunados: el disfrute de lo que pueden brindar la vida y el vivir." (Winnicott, 1963b, pág.251)



Viva la vida. Frida Kahlo. 1954

REFERENCIAS

- Ávila Espada, Alejandro (2005). *Al cambio psíquico se accede por la relación. Intersubjetivo*, nº2 vol 7.
- Ávila espada, A. Capítulo: *La segunda oportunidad para el desarrollo. Metáfora del proceso terapéutico en Winnicott*. versión abreviada y con modificaciones. En Liberman, A. y Abello, A., compiladores (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Editorial Prismática, Madrid.
- Aucouturier, B. (2018) *Actuar, jugar, pensar. Puntos de apoyo para la práctica psicomotriz educativa y terapéutica*. Biblioteca Infantil 45, Ed. Graó
- Bacal, H.A. (2017). *La responsividad óptima y el proceso terapéutico*. Revista Clínica e Investigación Relacional. Vol.11 (1), Febrero.
- Buechler, Sandra (2015). *Desarrollando mi enfoque terapéutico*. Clínica e Investigación Relacional, 9 (2): 335-344.
- Bromberg, P.M. (2011, 2017). *La Sombra de Tsunami y el desarrollo de la Mente Relacional*. Ágora Relacional. Colección pensamiento relacional, nº18.
- Coderch de Sans, Joan. (2013). *Los traumatismos emocionales en la infancia y adolescencia y la necesidad de amor*. Clínica e Investigación Relacional, 7 (2): 338-347.
- Crastnopol, M. (2011). *Oculto a simple vista: El micro-trauma en la dinámica relacional inter-generacional*. Revista Clínica e Investigación Relacional, 5 (2): 237-260.
- Creixell, Joan (2012). *Psicopatología y Psicoanálisis. Encuentros y turbulencias*. Opiniones en psiquiatría. Vol. 3, abril. p.16-19.
- Daurella, Neri, en Sáinz, F., compilador (2022). Capítulo: *El odio en la contratransferencia. Reflexiones sobre el texto y el contexto*. En *Psicoanálisis Relacional y Psicoterapia Relacional con Winnicott*. Ed. Agora Relacional: Madrid
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. J. Strachey. Amoruru Editores. 5ª reimpresión (1993): Buenos Aires
- Gonzalo Marrodán, J.L., (2013). *Construyendo Puentes. La técnica de la caja de Arena*. Ed. Desclée de Brouwer
- Graell Amat, A. y Lanza Castelli, G. (2018). *El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización*. Psicopatología y salud mental. 32, 9-18.
- Kohut, H. (1966). *Forms and Transformations of Narcissism*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 14: 243-272. (Versión castellana elaborada en 2011 en el Seminario "Renovadores de la Psicoterapia Psicoanalítica", con actualizaciones en 2015 y 2017 a cargo de Alejandro Ávila)
- Levy Yeyati, Elena (2022). *Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR*. Vertex Rev Arg Psiquiatr. (2022). 33(156): 50-54
- López, A.F; J.M., Rondón; Cellerino, C.; i Alfano, S.M. (2010). *Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon*. [Ciencias Psicológicas 2010; IV \(2\): 239 – 271. Universidad católica de Santa Fe. Argentina.](#)
- MacKinnon, R. i Michels, R. (1988). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México: Ed Interamericana.
- Portalatin Vargas, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional*, 14 (1): 163-184.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Experiencias transicionales y mentalización*. CeIR. Vol 11 (1).
- Sainz Bermejo, Francisco (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis*. Barcelona, Herder, Colección Salud Mental, Fundació Vidal i Barraquer.
- Sainz Bermejo, F. Compilador (2022). *Psicoanálisis Relacional y Psicoterapia Relacional con Winnicott*. Ed. Agora Relacional: Madrid
- Sáinz Bermejo, F. (2023) *El dolor de los duelos. Una propuesta relacional*. Madrid: Ágora Relacional. Colección Pensamiento Relacional, nº7.

- Sassenfeld (2010). *Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente*. Clínica e investigación Relacional. Vol. 4 (1) Febrero.
- Talarn , A. i Jarné, A. Compiladores (2015). *Manual de Psicopatología Clínica*. Trastornos Depresivos. Capítulo13. Talarn Caparrós, A. Editorial Herder. Colección Salud Mental: Barcelona.
- Tinajas, A. Rosado, C. y Casco, M. en Sainz Bermejo, F. Compilador (2022) Capítulo: *La presencia de lo negativo en Donald W. Winnicott por André Green (o cómo "el sentimiento mismo de pérdida puede convertirse en una forma de integrar la autoexperiencia")*. *Psicoanálisis Relacional y Psicoterapia Relacional con Winnicott*. Ed. Agora Relacional: Madrid
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona. Paidós.
- Winnicott, D.W. (1949) *La mente y su relación con el piquesoma*. Escrito leído en la sección médica de la Sociedad Psicológica Británica 1949. Revisado en Octubre de 1951
- Winnicott, D. W. (1951). *Transitional objects and transitional phenomena*, International Journal of Psycho-Analysis, 34, 89-97, Traducción castellano: *Objetos y fenómenos transicionales*. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona, Paidós (1998)
- Winnicot, D.W. (1955-56). *Variedades clínicas de la transferencia*. Leído ante el XIX Congreso Psicoanalítico Internacional, Ginebra, 1955. Int.J.Psycho-Anal., vol. XXXVII, 1956. Biblioteca D. Winnicott. Ed. Psicolibro
- Winnicot, D.W. (1963a). *El miedo al derrumbe*. International Journal of Psycho-Analysis (1974)
- Winnicott, D.W. (1963b). *El Comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos*. Trabajo leído ante la San Francisco Psychoanalytic Society en octubre de 1962 y la British Psycho-Analytical Society en 1963.
- Winnicott (1965). *The maturational Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth. Trad. Castellana: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós, 1992.
- Winnicot, D. W. (1967). *El concepto de individuo sano*. Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica.
- Winnicott,D. W. (1971) *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications. (Traducción castellana: *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 2009)
- Winnicott,D. W. (1971). *Mirror-Role of mother and family in the child development*, en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications. (Traducción castellana: "*El papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*", en *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 2009)

Original recibido con fecha: 30/4/2024

Revisado: 13/5/2024

Aceptado: 15/5/2024

Cita bibliográfica / Reference citation:

Magriña Vadillo, B. (2024). Una psicoterapeuta relacional en atención precoz: Encuentros con el Duelo, el Trauma y la Familia. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (1): 140-161. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2024.180111