



Directorio

**Psicomotricidad,
Movimiento y Emoción**

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

Redacción

Concepción Rabadán Fernández
María Esther Castillo Barnetche
Ezequiel Martínez Martínez

Gráfico

Jimena Ayala Rabadán

Nacional

Dr. Javier Amado Lerma

Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Dra. Thalia Attié Rohl

Ciudad de México, Independiente

Lic. Medicina Jimena Ayala Rabadán

Universidad La Salle

Mtra. Mariana Becerra Arzate

Ciudad de México, Independiente

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

Ciudad de México, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche

Ciudad de México, Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez

Pachuca, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mtro. Armando Israel Escandón Muñoz

Taller Maladrón, CDMX

Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio

Ciudad de México, Independiente

Mtro. Nicolás Guzmán Nava

Ciudad de México, DIF Nacional

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga

Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior.

Mtra. Mitzi Miriam León Calderón

Ciudad de México, Independiente

Lic. Ezequiel Martínez Martínez

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Mendoza Landeros

Ciudad de México, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez

Ciudad de México, Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Mtra. María Oswelia Murad Robles

Ciudad de México, Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo

Ciudad de México, Universidad Iberoamericana

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz

Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero

Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Mtro. Josué Dante Velázquez Aquino

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Comité Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano

Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Mtra. Katia Fabiola Medina Sanjinés

Bolivia

ÍNDICE

EDITORIAL

SOBRE LA TRANSFERENCIA EN LA TERAPIA CON NIÑOS

Concepción Rabadán Fernández y Jaime Fausto Ayala Villarreal

LA PSICOMOTRICIDAD EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL

Juana Roman Xolo

INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ A TRAVÉS DEL JUEGO VIRTUAL PARA CONTRARRESTAR EL ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL A CAUSA DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Tania Guadalupe Piña Gómez Valdés

WINNICOTT. SOSTÉN DEL GESTO ESPONTÁNEO Y SUS FALLAS: CAER PERMANENTEMENTE Y MIEDO AL DERRUMBE

Concepción Rabadán Fernández

EN LA INTERDISCIPLINA

DUELO Y RECHAZO MATERNO EN UNA PACIENTE CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

Maribel García López

EDITORIAL

SOBRE LA TRANSFERENCIA EN LA TERAPIA CON NIÑOS

Sigmund Freud, en la época que realiza el análisis del pequeño Hans pone el énfasis de la transferencia como resistencia y repetición. La transferencia del lugar que ocupa el analista cuestionándose a sí mismo.

Anna Freud consideraba que el niño no hace neurosis de transferencia, con lo que Melanie Klein no estaba de acuerdo. Esto formó parte de una polémica entre ambas. En Klein se encuentra, por ejemplo, en la “personificación” (donde el niño durante el juego asigna papeles al terapeuta), el despliegue de la neurosis de transferencia. Mientras que Erikson aborda el problema de la neurosis de transferencia —en el caso de Sam de tres años de edad— en función de lo reprimido en la madre.

Si la transferencia se interpretaba en referencia al analista, con Melanie Klein se observa la transferencia en la totalidad del material presentado; así el consultorio viene a representar el interior del cuerpo, en el caso del análisis de Rita de dos años de edad. No busca sólo el simbolismo del juego, sino el análisis como la interpretación de los sueños.

La neurosis de transferencia es diferente a la transferencia que encuentran en la clínica, D.W. Winnicott, Françoise Dolto, Francia Tustin. En términos generales se puede proponer que trabajan la transferencia narcisista. Winnicott habla de una transferencia primaria, Dolto de transferencia narcisista, y Tustin la transferencia infantil.

Winnicott ya había trabajado la diferencia entre la neurosis de transferencia y la transferencia primaria o identificación primaria. Explica cómo la neurosis de transferencia requiere la presencia de un yo, “un yo intacto”, “un yo capaz de mantener defensas contra la angustia que proviene del impulso”. Se basa en la clínica y en la observación para ampliar el concepto de los fenómenos transferenciales. Un análisis no impide la otra forma de transferencia; la pregunta es saber “¿cómo trabajar el cambio de énfasis?”. Cuándo es conflicto, cuándo privación (psicosis), cuándo deprivación de los controles, en el miedo al derrumbe (trastorno de personalidad) y en qué casos deprivación del objeto (trastorno de carácter o conducta antisocial); cuándo uso de encuadre o cuándo uso de marco. Cuándo se trata de interpretar, cuándo de sostener los controles, en la sobrevivencia del objeto (analista) a la destrucción (del paciente en la fantasía). El marco terapéutico

que no depende del trabajo interpretativo sino de la sobrevivencia del analista; del sostenimiento. Llama transferencia delusional a la capacidad del paciente para colocar al analista fuera de la zona de los fenómenos subjetivos.

Lacan en la época que estudia el análisis del caso de Hans señala que en todo análisis de un niño hay transferencia. Localiza la transferencia en lo simbólico y no en lo imaginario, aunque tiene efectos imaginarios. La transferencia es el acto del habla. La naturaleza simbólica, en la compulsión a repetir, contribuye al progreso de la cura al revelar significantes de la historia del sujeto; mientras que la transferencia en su aspecto imaginario, de amor odio, actúa como resistencia.

La transferencia, sustento del narcisismo herido, pone en circulación el juego del deseo para Françoise Dolto.

Françoise Dolto, siendo que estuvo cerca en los movimientos políticos del psicoanálisis con Lacan, ella marca sus diferencias. Dolto no sólo se basa en el discurso, para ella los padres sirven de sustento al yo ideal del niño. Los referentes sensoriales, como lo fuera para Sigmund Freud el apuntalamiento, por ejemplo en el juego del niño, cobran importancia y le da seguimiento a las representaciones por diversos medios. Para ella es central no alejar a un niño de sus padres; remite a los padres con sus propios padres, abuelos del niño, ahí donde el síntoma atraviesa el juego del deseo.

Maud Mannoni siempre activista en la antipsiquiatría con las propuestas de Lacan, ella da seguimiento al fantasma de los padres desde el discurso colectivo que circula entre lo familiar y lo social.

Francis Tustin con el trabajo de niños autistas habla de “transferencia infantil”, transferencia fetal, el cuerpo como soporte de la transferencia, la transferencia negativa, la transferencia del objeto muerto.

Estas reflexiones se recuperan del libro: Rabadán F. C. y Ayala, V. J. (2009). Más allá de la terapia de juego. Los fundadores. Ediciones D’Jimena, Colegio Internacional de Educación Superior.

Concepción Rabadán Fernández
Comité editorial PsiME.

Jaime Fausto Ayala Villarreal
Director-editor PsiME

LA PSICOMOTRICIDAD EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL

JUANA ROMAN XOLO

Licenciada en Psicología por el CiES y estudiante de la maestría en Psicomotricidad en el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES).

Recepción: 19 marzo 2021/ Aceptación: 29 septiembre 2022

RESUMEN

En algún momento la mayoría de los trabajadores han sufrido estrés laboral; esto ha sucedido, incluso, hasta cuando les gustaba su trabajo. En esto influyen los horarios, los compañeros o el jefe, el exceso de trabajo, despidos de los compañeros; por situaciones como lo que estamos atravesando en todo el mundo con la pandemia que ocasiona estrés y daña la salud tanto física como emocional. La Psicomotricidad practicada en el área laboral, como se describe en esta experiencia, fue una forma de aliviar el estrés y mantenerse saludable y sentirse mejor consigo mismo y con todo lo que los rodeaba; les ayudó a tener un mejor desempeño tanto laboral como familiar.

PALABRAS CLAVE: estrés, movimiento, Psicomotricidad, respiración, síntoma, trabajo, vida.

SUMMARY

At some point, most workers have suffered from job stress; this has happened even when they liked their work. This is influenced by schedules, colleagues or the boss, overwork, dismissals of colleagues; for situations such as what we are going through around the world with the pandemic that causes stress and damages both physical and emotional health. Psychomotricity practiced in the workplace, as described in this experience, was a way to relieve stress and stay healthy and feel better about themselves and everything around them; It helped them perform better both at work and at home.

KEY WORDS: stress, movement, Psychomotricity, breathing, symptom, work, life

RÉSUMÉ:

À un moment donné, la plupart des travailleurs ont souffert de stress au travail; cela s'est produit même lorsqu'ils aimaient leur travail. Celle-ci est influencée par les horaires, les collègues ou le patron, le surmenage, les licenciements de collègues; pour des situations comme celle que nous traversons dans le monde avec la pandémie qui cause du stress et

nuit à la santé physique et émotionnelle. La psychomotricité pratiquée en milieu de travail, telle que décrite dans cette expérience, était un moyen d'évacuer le stress et de rester en bonne santé et de se sentir mieux dans sa peau et dans tout ce qui l'entoure; cela les a aidés à mieux performer au travail et à la maison.

MOTS CLÉS: stress, mouvement, psychomotricité, respiration, symptôme, travail, vie.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral es un síntoma que se puede manifestar en el cuerpo; indica que algo anda mal tanto en la persona como en el trabajo. Una persona expuesta a altas exigencias, pocas relaciones sociales, trabajo poco reconocido y falta de liderazgo en la empresa, está expuesta a padecer una condición aguda o crónica relacionada con el estrés laboral. El objetivo de compartir esta experiencia psicomotriz dentro de una empresa, es compartir los aspectos fundamentales de la psicomotricidad para que las personas con problemas de estrés laboral tengan un mejor desarrollo en su vida cotidiana, para tratarlo y prevenirlo.

Pasar por situaciones de estrés no es el problema en sí, sino la manera de lidiar con ello; lo más importante es recuperar el equilibrio en nuestro cuerpo.

Con la aparición del covid-19 que generó la pandemia y al no estar previamente preparados, surgieron manifestaciones de estrés, donde el uso de nuevas tecnologías significó, para unos, la pérdida de libertad, un limitado desarrollo personal o incluso un sentimiento de desprotección. El trabajo pudo generar más fatiga de lo habitual, al estar conectados tantas horas, más de lo habitual, se pudo generar ansiedad. Estar pendientes de llamadas fuera de tiempo del trabajo establecido, cambios en el cumplimiento de horarios, mensajes sin responder, la prolongación de las jornadas laborales, nuevas distracciones en casa, entre otros, llevaron a presentar conflictos entre el trabajo y la familia, entre cocinar, comer a deshoras, y en medio de todo ello tomar decisiones difíciles en el trabajo [1].

La inmovilidad debida a la pandemia y por la vida moderna en que cada vez se tiende a disminuir la movilidad, surgen necesidades de movimiento, convivencia, que la practica de la psicomotricidad ayuda a ir resolviendo, en esta experiencia, en el mismo contexto del trabajo. Cómo a psicomotricidad ayudó a la toma de conciencia y manejo del estrés en el trabajo; como la psicomotricidad fue una gran opción para los trabajadores

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar sobre los beneficios de la psicomotricidad en personas con estrés laboral.
- Comprobar si la psicomotricidad puede ayudar a mejorar a las personas con estrés.
- Conocer cuál es la realidad que viven los trabajadores con estrés laboral.
- Cómo se puede ayudar a las personas con estrés tanto laboral, social y familiar
- Cómo es que la pandemia les ha afectado más en su vida cotidiana

ESTRÉS

El nombre de estrés ha existido desde 1926 y fue catalogado por Hans Selye (1936) como un “síndrome de estar enfermo [2]. Ya que las personas manifestaban cansancio, pérdida de apetito y esto les ocasionaba que bajaran de peso. Más tarde Hans Selye hizo experimentos con ratas, descubriendo las alteraciones que estas presentaban con el estrés; se fue comenzando a considerar al estrés como un fenómeno psicológico.

El término estrés fue definido por Hans Selye ante la Organización Mundial de la Salud como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante [2].

Por su parte, el concepto de estrés laboral es definido como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

Se trata de una situación o conjunto de situaciones que el aparato psíquico no puede asimilar y entonces las registra como malestar. Al intentar adaptarse a estas situaciones y no lograr defenderse, responde con los síntomas propios del estrés [1].

Con frecuencia las personas que tienen un horario demasiado amplio padecen estrés laboral ya que tienen que cumplir con el trabajo y muchas veces no tienen ni tiempo para alimentarse, salir a distraerse o socializar. No sólo deben de cumplir con el trabajo laboral sino también con su hogar, todo esto les genera una carga que al sobrepasarlos va ocasionando alteraciones en el cuerpo, como agotamiento físico, sudoración, tensión muscu-

lar y en ocasiones sufren de la presión arterial. Ocasionando menor rendimiento, tanto en el trabajo como en el hogar, que se ve reflejado en sus labores cotidianas.

Se propone la psicomotricidad como una opción para las personas que viven bajo presión laboral; para tramitar lo que estresa, lo que enferma su cuerpo.

A veces muchos no saben reconocer cuando su cuerpo está al límite de cansancio, cuando su cuerpo les grita que paren, que ya es demasiado a lo que se están exponiendo; no reconocen los síntomas, o no los reconocen como debidos al estrés.

La psicomotricidad al ser una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica, cuenta con las herramientas necesarias, que al ponerlas en práctica, por ejemplo mediante el juego, se experimentan movimientos y sensaciones con la finalidad de que la persona establezca una relación positiva consigo mismo, los objetos, el espacio, el tiempo y los otros [3]. Por medio de la psicomotricidad, del movimiento, se van recuperando el equilibrio, la relación tono-emoción, en los distintos contextos. Estudios basados en evidencia muestran una serie de intervenciones orientadas a mejorar habilidades personales y sociales por medio de la psicomotricidad [4].

La práctica psicomotriz está constituida por actos intencionados del psicomotricista dirigidos a favorecer el desarrollo psicomotor del niño, joven o adulto, que por ejemplo, mediante el juego y el movimiento, se facilita del acto al pensamiento y del gesto a la palabra, explorando de lo que se trata vivir en un espacio y un tiempo compartido con el otro.

La intervención psicomotriz se inicia con la espontaneidad del niño, niña, joven o adulto en la actividad motriz y en el juego dentro de un contexto de organización. Se puede trazar una diferencia entre un juego espontáneo y la espontaneidad en el juego. El primero se realiza cuando se da la ocasión para ello en la casa, en el recreo de la escuela, en el parque, el segundo, se da en un marco estructurado, donde el espacio, objetos disponibles y propuestas, conjunto de normas acordadas y compartidas, invitan al juego [5].

El psicomotricista al formar parte del juego de los niños, niñas, jóvenes y adultos, dentro de una sesión de psicomotricidad, ya sea con un fin educativo o terapéutico, respeta normas establecidas, las iniciativas de los niños, jóvenes o adultos y comparte las emociones y sentimientos con ellos mismos [6]. El rol del psicomotricista es símbolo de seguridad ante el grupo y un compañero de juego real que establece un cara a cara y se integra a su juego. Tiene la posibilidad de utilizar su cuerpo para conseguir la empatía y comunicación, herramienta básica de intervención para favorecer el desarrollo global del niño [7]. El

psicomotricista es un mediador del movimiento, generador de cambios y transformaciones en la actividad motriz y en lo psíquico.

Cuando se trabaja la actividad es fundamental habituarse a parar y observar, como un acto educativo en sí básico, antes de realizar cualquier intervención. Es fundamental que haya escucha para poder situarse en el lugar del otro. La capacidad de escucha es a veces especial ante determinadas personas, con quienes se establece una relación de empatía.

Para tener un mejor análisis de expresividad de la persona se debe considerar el lenguaje corporal, la relación con el material, la ocupación del espacio y el tiempo, cómo se desarrolla la acción, la relación con los otros niños, niñas y adultos. Con esta observación, el psicomotricista elabora su actividad en relación a lo que el niño o niña expresa, su manera de utilizar los objetos, de mantener relaciones con los otros, de utilizar los espacios y del tiempo.

El psicomotricista se ajusta a la actuación de la persona por medio de la vía corporal y el lenguaje, respondiéndole según lo que recibe de él, su emoción, su necesidad, su disponibilidad, iniciándose así la comunicación. Entre los mediadores que utiliza el psicomotricista destacan la utilización de la escucha, la mirada, la gestualidad, el cuerpo, la voz, el espacio y los objetos base de la relación [8].

El psicomotricista interviene en la sala como un compañero simbólico que se inscribe en el juego de la persona con la finalidad de favorecer su maduración. Entrar en el juego de la persona supone situarse en otro lugar a veces desconocido para el propio psicomotricista.

Se ha descubierto que la psicomotricidad ayuda a las personas con algún padecimiento o trastorno, ya que la psicomotricidad considera el movimiento como medio de relación y comunicación que comprende la actividad humana en relación con los demás. La psicomotricidad es una técnica, como el deseo de hacer, de querer hacer, de saber hacer y de poder hacer [9]. Está relacionada con el concepto de cuerpo y sus experiencias; la persona descubre su cuerpo y sus experiencias, descubre su cuerpo a medida que desarrolla su capacidad para desplazarse y su actividad automática-refleja, para adquirir enseguida, por medio de la maduración, la capacidad para realizar movimientos disociados.

La persona se vuelve experimentador y desea vivir sus propias experiencias; asocia los potenciales intelectuales, afectivos, sociales motores y psicomotores que le aportan segu-

ridad y un equilibrio que le permite su desenvolvimiento, al organizar de manera correcta sus relaciones con los diferentes medios

La psicomotricidad es un planteamiento de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de sus posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le hace centrar su actividad e interés en el movimiento y en el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación y aprendizaje.

En la psicomotricidad se activan los potenciales intelectuales, afectivos, sociales, motores y perceptivos de la persona que le aportan seguridad y equilibrio para organizar sus relaciones con el mundo que le rodea [6].

Con el movimiento corporal se producen infinidad de sensaciones acerca del tono de los músculos, de la posición espacial de los segmentos corporales, de la respiración, sensaciones conscientes al niño con la ayuda del lenguaje.

Por medio de la actividad corporal, la persona entra en contacto también con el mundo externo que le proporciona la susceptibilidad de sensaciones referidas a las cualidades perceptibles de los objetos: forma, tamaño, color, peso; todo ello es reforzado por el lenguaje.

La psicomotricidad trata de conseguir que el cerebro disponga de información estructurada y organizada de acuerdo con la realidad; el estímulo inicial puede provenir del exterior, del propio cuerpo o de la realidad externa. Se trata de facilitar las capacidades de simbolización, mediante la manipulación, transposición y combinación mental de las percepciones. Las representaciones mentales se pueden referir a segmentos corporales estáticos o en movimiento. En la psicomotricidad se usan diversos materiales para el juego ya que estos también son un medio de comunicación, pero no son necesarios los juguetes, ya que muchas veces sólo con una mirada, gesto, la escucha, una palabra, el estar ahí presentes, hacemos psicomotricidad.

La respiración adquiere importancia en psicomotricidad. Nuestro ritmo respiratorio fortalece la vitalidad del cuerpo y de la mente. Al respirar, además de la subsistencia, se oculta una gran fuerza vital, imprescindible para revitalizar nuestro cuerpo. Al respirar, actividad de la que no siempre estamos conscientes, se estimula un eficiente funcionamiento de todo el organismo [10]. Los movimientos que provocan los ejercicios de respiración profunda estimulan la circulación sanguínea a todos los órganos con el consiguiente alivio de sus cargas de trabajo y el bienestar general del organismo. Lo mismo ocurre con los pulmones, los cuales aumentan su capacidad respiratoria.

PONIENDO EN PRÁCTICA LA PSICOMOTRICIDAD LABORAL

En la empresa donde se pusieron a prueba los beneficios de la psicomotricidad, las oficinas estaban iluminadas, nunca se abrían las ventanas para que entrara el aire, cada oficina tenía ventilador artificial, las paredes eran blancas, cada oficina tenía una sala pequeña, un escritorio grande de madera, libreros, su silla [11].

Las personas que trabajan ahí cumplían con una jornada larga, casi entre ellos no existía comunicación ya que cada uno siempre estaba con su respectivo trabajo.

Se buscó ir implementando cada día un poco el movimiento en las personas para que éstas se distrajeran y liberaran del estrés laboral que les generaba las condiciones de su trabajo y la jornada de mas de ocho horas que debían de cumplir [12].

La psicomotricidad fue liberando la rigidez corporal y favoreciendo, mediante los mediadores del movimiento, su forma de ver la vida.

SESIONES DE PSICOMOTRICIDAD

Algunos de los empleados habían escuchado algo sobre la psicomotricidad. Implicaba una propuesta con visión novedosa dentro del área laboral.

Fuimos realizando sesiones con duración de 50 a 60 minutos durante tres meses poniendo en práctica la psicomotricidad. Se describieron tres sesiones en las cuales se obtuvieron resultados notorios.

En la primera sesión se reunió a los quince trabajadores. Nos sentamos en círculo, se fueron presentando con uso de una pelota. Dijeron su nombre y el área donde laboraban. Ellos iban decidiendo quién seguía en la presentación al aventar la pelota al compañero. Después caminaron por el espacio al ritmo de la música, sintiendo sus pies y la temperatura del piso, moviendo hombros, levantando sus piernas, agitando sus manos, moviendo la cabeza. En la siguiente actividad jugaron con una cuerda (fuerzas, saltar, reloj), con la pelota a los quemados, aventarla hacia arriba y cacharla, rebotar la pelota, muñecos (muñecas, peluches, luchadores, príncipes). Se les pidió que cerraran los ojos y se relajaran escuchando música de sonidos de agua y se hizo el cierre. Terminamos la sesión después de 50 minutos.

La finalidad de esta sesión mientras recordaban a qué jugaban en su niñez y cómo eran de niños y niñas, fue que se fueran conociendo. Trabajando en un mismo edificio no se tenía la comunicación necesaria entre las distintas áreas laborales.

En la segunda sesión fue más fácil el trabajo. De alguna manera estaban esperando cómo relajarse de la carga por el exceso de trabajo de esa semana.

Iniciamos la sesión caminando por el espacio lento, después rápido y luego más rápido, después de unos minutos caminamos lento, pasamos a una actividad donde se tenían que observar frente de un espejo, ellos se tenían que mirar, ver quiénes eran, qué había cambiado en ellos, qué sentían al verse. Se les proporcionaron hojas para que ellos se dibujaran y pusieran lo que habían visto en el espejo. Hicimos un círculo para el que quisiera compartir y decir cómo se sintió con la actividad y nos lo compartiera al grupo. Algunos se dieron cuenta de que se les notaba el cansancio, otros que hacía mucho que no dibujaban, que no tenían tiempo de conocer a otras personas, que no sonreían, que no se fijaban en el peinado o en su vestimenta, que se veían con los hombros fruncidos por la fatiga y cansancio, que notaban un rostro triste. Para terminar la sesión les pedí que se regalaran un abrazo ellos mismos y después en grupo. Y al final bailamos una canción que se llama súbete al tren de la alegría. Empezaron a descubrir que eso que sentían era estrés, en ocasiones tenían angustia, mucho cansancio, dolor en el cuello, hombros, espalda e incluso a algunos les daban calambres.

Esta sesión fue significativa ya que muchos empezaron a reconocer que eso que sentían no les ayudaba; no querían verse como débiles ante los demás. Era algo que sentían desde hacía mucho tiempo, pero por miedo a ser criticados, o tener que asistir a un doctor, y ni se diga ir a una psicoterapia, ya que tres de los participantes habían anteriormente ido a terapia por ansiedad, otro por duelo, y su propia familia les hacían burla, diciéndoles cosas como, ahí viene el loco, el chiflado, llamen al manicomio, no le hablen no se nos vaya a pegar su loquera, etc. Así que preferían aguantar, resistir a volver a pasar por lo mismo.

La finalidad de la sesión fue que ellos se dieran cuenta que muchas veces tienen el síntoma de estrés pero no reconocen que su cuerpo ya no puede más y que ellos le exigen mucho o se exigen mucho como personas para ser reconocidos por los demás, aunque primero ellos son los que se deben de reconocer.

En la tercera sesión se desplazaron por el lugar de distintas maneras, con brinquitos, de cojito, como mariposas, conejos, jirafas, ranas, reconociendo cuál era su derecha o izquierda, arriba y abajo; después jugaron a ser guías, uno se vendaba los ojos y otra persona lo guiaba por el espacio, después de unos minutos cambiamos para que todos fueran guiados o guías.

En esta dinámica reconocieron ellos que no están acostumbrados a confiar en el otro, y mucho menos guiar al otro ya que es mucha responsabilidad y no están acostumbrados a ser líderes.

Al ser tocados por el guía reconocían las sensaciones e incluso de repente decía ahí me duele.

Después con diversos ritmos bailaron desde un danzón, cumbia, merengue, banda, quebradita, música para niños, se rieron mucho y lo disfrutaron, y recordaron que hacía mucho tiempo no bailaban ni se reían.

Después caminaron despacio para relajarse, se acostaron, cerraron los ojos; para el cierre nos sentamos en círculo, les pregunté cómo habían incorporado la psicomotricidad en su vida diaria y si habían notado cambios.

*Desde ventilar el lugar (abrir ventanas)

*Poner música y cantar en su área laboral

*Caminar mientras leen algún documento

*Decorar su área para hacerla más atractiva con flores, retratos con unas manualidades que realizamos durante las sesiones, para poder relajarse

* Además aprendieron a respirar, relajarse

Pusimos en práctica la Técnica de relajación Benson que tiene grandes beneficios y se puede practicar incluso en la oficina, jardín, casa.

- Calma la mente.
- Reduce el estrés.
- Relaja la musculatura.
- Alivia el dolor de cabeza.
- Disminuye la fatiga.
- Induce a un mejor sueño y descanso.
- Alivia los problemas de insomnio.
- Reduce la presión arterial.

LOS BENEFICIOS DE LA MEDITACIÓN

Meditar no necesita de grandes requerimientos. Sólo hace falta buscar un lugar y momento tranquilos, sin distracciones exteriores.

Vivir el presente, el aquí y ahora. Practicar la meditación con regularidad reduce la fatiga y el estrés, y proporciona una gran sensación de bienestar. Se puede meditar caminando, sentado, tumbado, utilizando diferentes apoyos como una manta, un bloque o un zafú...

Hay diversas formas de hacerlo y ninguna es necesariamente mejor que otra. Se trata de experimentar con varias posturas para elegir aquella en la que se sientan mejor.

MANUALIDADES ANTI-ESTRÉS

Los materiales para hacer una botella anti estrés.- botella de plástico, brillantina de colores o bolitas de gel, agua, aceite, mezclar todo en la botella, esto ayuda a calmar y relajar. O también se puede con agua.

También hicieron una pelota.- globo, 1 taza de harina, 1 taza de agua y se rellena el globo primero con la harina y después se le pone el agua y se le hace un nudo, se masajea el globo para incorporar el agua con la harina, esto ayuda a que cuando uno está estresado juegue con el globo para relajar los dedos es una sensación muy suave, lo aprietas y vuelve a su estado normal.

Realizaron una caja donde entraran sus pies y estuvieran cómodos descalzos. En la caja había piedras lisas (también se pueden usar frijoles, arroz) esto ayudó a mantener los pies relajados y se facilitó la concentración.

Otra opción fue hacer como una hamaca para los pies, el material que se uso fue una tela e hilo grueso.

CÓMO HAN CONTINUADO PRACTICANDO LA PSICOMOTRICIDAD

*Se dieron tiempo para ellos mismos estableciéndose horarios para el trabajo, familia y amigos.

*Han descubierto la psicomotricidad como una practica que va desde el juego, la escucha, el movimiento, reconocerse, mirarse.

*Fueron mejorando en las próximas semanas la forma de ver su trabajo.

*Continuaron practicando no importando la hora o el lugar para realizar algún estiramiento, caminar, cerrar los ojos.

*Se detiene para reconocer sus emociones y sentimientos.

*Han continuado aplaudiendo sus logros.

*Se habituaron a tomar agua para hidratarse y oxigenar su cuerpo.

*Reconocieron el daño que les hacían ciertos prejuicios y sus juicios.

*Se continúan dado la oportunidad de conocerse a sí mismos, hacerle caso a su cuerpo de descansar, dormir, alimentarse a sus horas.

*Han reconocido que en la vida no sólo se vive de trabajo, sino que primero están ellos como personas.

*Primero YO, después YO y al final YO.

*Han aprendido a notar el sonido de su respiración.

*Se miran como seres distintos después de estas sesiones de la psicomotricidad.

*Han cambiado su postura, ya no sienten pesadez en los hombros, no les duele el cuello, la espalda esta recta por más tiempo.

*Continúan sitiéndose ligeros.

En general fue una experiencia creativa al poner en práctica lo que había aprendido en la maestría de Psicomotricidad, no es fácil que las personas quieran tomar este tipo de practica ya que muchos ni siquiera sabían que existe. Los participantes fueron cooperativos y tuvieron disposición de realizar lo que les pedía. Al principio tenía precaución ya que nunca había dirigido un grupo, pero después de detectar la necesidad que tenían estas personas con esta carga laboral que venían arrastrando desde hacía mucho tiempo, se me hizo más fácil coordinar las actividades [11].

Caminar con una postura relajada y colocar una sonrisa en su cara era el inicio de una satisfacción y de cambios personales.

Se comprometieron a seguir realizando psicomotricidad con un profesional, para mejorar en su forma de vida.

Para mí fue una gran motivación para continuar descubriendo lo que se puede llegar a lograr con la psicomotricidad.

ACTIVIDADES QUE SE TRABAJARON EN GRUPO

ACTIVIDAD	MATERIAL	OBJETIVO
todos cabemos en el espacio	4 hojas de periódico	Darles la instrucción de que todos queden dentro de las hojas de periódico, luego quitarles una hoja, así sucesivamente. se deben de poner de acuerdo para ver cómo todos al final deben caber en una sola hoja. Observar su coordinación, equilibrio, seguridad, escucha, estrategia y comunicación.
Formando figuras o palabras con el cuerpo	Participantes	Observar cómo se comunican entre ellos para ver su imaginación, creatividad para cuando se les den las instrucciones de formar una figura o palabra por ejemplo "unión" ellos ven la forma que debe de utilizar su cuerpo para formar las letras y todos estarán dentro de la palabra

Bailando	Música y telas	Bailar al ritmo de la música y mover la tela de distintas formas. Observar su postura, movimiento, coordinación, espacio, ritmo
Escultor y escultura	Participantes	El escultor deberá diseñar desde la expresión, postura a la escultura. Observar Postura, equilibrio, expresión, coordinación, comunicación

CONCLUSIONES

Ser psicomotricista es un proceso de autoconocimiento y conocimiento del otro que no finaliza nunca ya que como va pasando y transcurriendo el tiempo nos vamos modificando y reconociendo a lo largo de nuestra vida. El psicomotricista es una persona abierta y respetuosa que trata de comprender a las personas, que se sitúa en la escucha y comunicación con el otro, abierta a nuevas experiencias y conocimientos.

Gracias a los jefes que autorizaron realizar esta práctica se generó que se preocuparan por su personal, y que se comprometieran a seguir con estas sesiones para que el personal siga teniendo un mejor desempeño laboral, social y familiar.

También gracias a los participantes ya que cada sesión me dejó gran aprendizaje y poder poner en práctica la psicomotricidad con la gratificación de participar de sus cambios.

BIBLIOGRAFIA

- [1] El estrés laboral como síntoma de una empresa. Perspectivas en línea 2007, Julio-Diciembre: Fecha de consulta: 11 de julio de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942331005>> ISSN 1994-3733.
- [2] SELYE, H (1936). A síndrome produced by diverse nocuous agents. 138-32.
- [3] BACA, A.L & RÍOS (2005). Sesiones de Psicomotricidad Relacional educativa con niños con problemas Generalizados del Desarrollo y sus madres. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Mayo 2015. 5-17.
- [4] PALAU-BADUELI, M. SALVADÓ SALVADÓ (2012). Autismo y Conectividad Neuronal. Revista Neuronal. Universidad de la Rioja. 31-39.
- [5] OLIVETO, M y ZYLBERBERG, D (2005). Movimiento, juego y comunicación. Perspectivas de expresión corporal para niños. México: Ediciones Novedades Educativas. Biblioteca Didáctica.
- [6] ADELANTADO, P. P (2006). Pasado, Presente y Futuro de la Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Mayo 2006. 25-36.
- [7] CALMELS, D (2003). Qué es la Psicomotricidad. Buenos Aires: Lumen.
- [8] LINARES, J. S. (2001). Rol del Psicomotricista. Revista iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, Agosto 2001. 57-76.
- [9] RODRÍGUEZ, M. L (2011). La investigación de la actividad Psicomotriz. Revista Iberoamericana de la Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 44-57.
- [10] NEWSTROM, J (1994). Comportamiento humano en el trabajo. México: Mc Graw Hill.
- [11] MILLER, J. (1983). Del síntoma al fantasma y retorno. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- [12] SEWARD, J. (1993). Estrés Profesional. Medicina Laboral. México: Editorial Manual Moderno.

INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ A TRAVÉS DEL JUEGO VIRTUAL PARA CONTRARRESTAR EL ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL A CAUSA DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19

TANIA GUADALUPE PIÑA GÓMEZ VALDÉS

Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, Licenciada en Psicología.

Recepción: 05 octubre 2022/ Aceptación: 04 de diciembre 2022

RESUMEN

El confinamiento por Covid-19 ha repercutido en la salud integral de los infantes, generando estrés traumático en ellos. Este artículo abre la posibilidad de realizar una intervención psicomotriz a través del juego presencial en videollamadas para mitigar los posibles efectos de este.

PALABRAS CLAVE: confinamiento, estrés traumático, intervención psicomotriz, juego, niños, psicomotricidad, videollamada.

SUMMARY

Confinement due to Covid-19 has had an impact on the overall health of infants, generating traumatic stress on them. This article opens the possibility of performing a psychomotor intervention through face-to-face play in video calls to mitigate the possible effects of this.

KEY WORDS: confinement, psychomotricity, infants, kids, traumatic stress, play, video calls, psychomotor intervention.

RÉSUMÉ

Le confinement résultant de Covid-19 a eu un impact sur la santé globale des enfants, générant chez eux un stress traumatique. Cet article vous offre la possibilité de réaliser une intervention psychomotrice à travers des jeux - via les appels vidéo - avec le but d'atténuer les effets post pandémie.

MOTS CLÉS: confinement, psychomotrice, enfants, stress traumatique, jeux, appels vidéo, intervention psychomotrice.

INTRODUCCIÓN

La aparición de la COVID-19 alrededor del mundo infectó a la humanidad, en todas las áreas del sujeto: la salud física, mental y emocional, el área económica, social, laboral, académica, etcétera. Apareció una amenaza latente que ni los médicos o científicos más preparados han podido erradicar. El mundo se vio en la necesidad de distanciarse, ya que era la única manera de reducir el contagio del virus. Se implementaron medidas de protección personal como el uso de cubrebocas que limita la percepción del rostro y todo lo que implica la gestualidad. Suspendieron las labores de manera presencial tanto en oficinas como colegios, restringiendo así la relación con los otros. El saludo de mano, los abrazos y otras muestras de afecto que implicaban un acercamiento también fueron limitadas. El contacto físico se convirtió en una amenaza e hizo tomar precauciones para no contagiarse, pero es a través de la videollamada que se puede conservar la mirada, la escucha y la interacción, teniendo de esta forma una experiencia de socialización segura en línea.

La pandemia por Covid-19 se ha convertido en un evento estresante que ha traído consecuencias biopsicosociales para todos, la infancia se ha vuelto una parte de la población muy vulnerable. Levin en la Niñez infectada menciona que “el primer deseo propiamente social y significativo de un niño es jugar con otro niño. La pandemia detiene el tiempo, lo infecta. El coronavirus impide y cuestiona la esencial experiencia infantil” (13) [1]. El impacto sobre dicha experiencia se ve reflejado en lo que Calmels llama la globalidad de la persona integrando 3 ejes: el eje tónico- emocional, eje motriz-instrumental y el eje práctico-cognitivo [2].

El juego es una herramienta que puede ayudar a mitigar los posibles síntomas del estrés infantil, abriendo la posibilidad de expresar sus emociones, reelaborar sucesos traumáticos, imaginar, socializar, entrar en contacto con la relajación, reducir la ansiedad o depresión, adquirir destrezas de lenguaje, desarrollarse corporalmente, facilitar la adquisición del aprendizaje entre otros beneficios. El niño por naturaleza juega y utiliza este recurso como forma de comunicación con el mundo, le permite comprenderlo y relacionarse con los otros. Es un instrumento terapéutico que favorece el desarrollo del ser humano y puede llevarse a cabo en cualquier espacio, incluso a través de una videollamada. Permite el uso de materiales accesibles sin ser un requisito indispensable contar con ellos, ya que

solo se necesita generar un vínculo entre el niño y el terapeuta que provoque un intercambio corporal de información que es llamado diálogo tónico.

Ante la búsqueda de nuevas formas de intervención psicomotriz en línea, se propone un nuevo espacio de interacción donde el psicomotricista brinde acompañamiento a través de actividades que propicien el juego corporal por medio de una videollamada. Sesiones individuales o grupales con un encuadre que le dé estructura a los niños, además de hacerlos sentir mirados y escuchados. Un espacio donde los afectos y el cuerpo se pongan en movimiento para poder despertar el deseo en ellos. La videollamada abre esa posibilidad al permitir el contacto con el paciente sin importar el espacio físico que los separe, este tipo de sesiones dan la oportunidad de expresar la angustia a través del juego. Dicho estilo de intervención puede contrarrestar los efectos del estrés traumático y al mismo tiempo facilitar la contención emocional en los niños.

ESTRÉS TRAUMÁTICO INFANTIL CAUSADO POR EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

The National Child Traumatic Stress Network define al estrés traumático como un evento peligroso que significa una amenaza para la vida o integridad del infante, donde los efectos de este alteran las habilidades del sujeto para poder enfrentar la vida [3]. Algunas de las experiencias que podrían provocar estrés traumático son los desastres naturales, el terrorismo, el abuso sexual, físico o psicológico, la pérdida repentina de un ser querido, las guerras o una pandemia como la ocasionada por COVID-19. Este evento pone en riesgo el bienestar y la vida tanto de seres queridos como de la gente que rodea a los niños, puede ser traumático para ellos, porque su seguridad está estrechamente relacionada con la percibida en sus figuras de apego y el contexto que los rodea. Esto puede detonar alteraciones emocionales, físicas, cognitivas, entre otras, que pueden persistir por un largo periodo afectando su vida diaria e interfiriendo en sus relaciones con los demás.

Equivocadamente se cree que los niños son “inmunes” a los eventos traumáticos, sin embargo, desde bebés pueden verse afectados incluso en su anatomía cerebral, sus respuestas dependerán de los recursos emocionales con los que cuenten y del contexto en que estén inmersos, por lo cual es necesario intervenir oportunamente.

El confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19 provoca un constante estado de alerta y esto representa una amenaza a la integridad de las familias. El aislamiento, el sedentarismo y la restricción del contacto social ha colocado a los niños en una situación vulnerable afectando así su bienestar integral. Las consecuencias en la edad preescolar y

escolar suelen incluir miedo, pesadillas, pérdida de control de esfínteres, alteraciones en la alimentación, incremento en los berrinches, quejas, irritabilidad, comportamiento agresivo, llanto, trastornos del sueño, síntomas físicos, pérdida de interés, demanda de la atención de los padres, olvidos, ansiedad, depresión, pérdida de habilidades previamente adquiridas, entre otras [3].

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO POR CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN LA GLOBALIDAD DEL NIÑO

La Psicomotricidad es una disciplina que tiene como objetivo brindar acompañamiento mediante el intercambio de información a través del cuerpo con una mirada y escucha activa que requiere la introspección de quien la ejerce. “Esta disciplina considera el desarrollo global de la persona tomando como punto de partida el cuerpo y el movimiento en interacción con el entorno, como vehículo para la maduración de las funciones neurológicas y los procesos cognitivos, teniendo en cuenta el contexto social, afectivo y los estados emocionales” (9) [4].

Daniel Calmels con su concepto de globalidad subraya el carácter bio-psico-social del desarrollo psicomotor, proponiendo 3 ejes constitutivos interrelacionados: el tónico-emocional, motriz/instrumental y práxico/cognitivo [2].

Integrando ambas definiciones se puede señalar que, desde la mirada psicomotriz, cualquier alteración en alguna parte o área del sujeto resuena en el resto del cuerpo, comprendiendo el concepto “cuerpo” como una totalidad y no como un ente exclusivamente orgánico. Aquí radica la importancia de conocer las posibles consecuencias del estrés en los niños ya que no podemos pensarlas como separadas, cada consecuencia impacta en la globalidad de estos.

El exceso de información en los medios de comunicación referente al virus ha despertado en los niños diferentes fantasías. Algunas de ellas pueden ser la sensación de culpa al imaginar que algún ser querido enferme o muera al ser ellos portadores del virus, la angustia por saber si los otros están sanos o han sobrevivido, el miedo a enfermarse ellos mismos o morir. Estas fantasías, el no poder socializar con sus pares por el cierre de las escuelas, la probable violencia vivida en casa, la invasión a la intimidad y la falta de contención por parte de los cuidadores primarios, pueden afectar su vida emocional y manifestarse con síntomas como ansiedad, depresión, falta de motivación, miedo, pesadillas, aumento de berrinches y quejas, irritabilidad, lloriqueo, comportamiento agresivo, trastornos en el sueño, aislamiento, pérdida de interés y demanda de atención.[5] Algunas de

estas señales se pueden ver representadas en el juego del niño, como quien dibuja una “vacuna” para el conejo que dibujó, quien propone jugar a construir un refugio para protegerse del “virus zombie” o en comentarios durante las sesiones como “ya quiero que se termine este maldito virus para poder ir a jugar”.

La violencia intrafamiliar se ha potenciado, los límites y la intimidad se han transgredido al tener que compartir un mismo espacio durante tanto tiempo. Además, la angustia se va contagiando y potencializando, al enfrentar una situación tan estresante e inesperada, la incertidumbre dispara emociones que a veces se desbordan en la familia. Los adultos son quienes dan contención a los más pequeños, en esta situación es difícil porque ellos están padeciendo algo totalmente incierto y sorpresivo, lo que les impide muchas veces ser el sostén de la familia, dejando al niño en un estado de vulnerabilidad alarmante, por eso la importancia de reconocer a tiempo algunas de las señales antes mencionadas.

El estrés también se refleja en la dependencia de los niños hacia sus cuidadores primarios, así como en el riesgo de perder la autonomía que habían adquirido, ya que ambas partes buscan refugio en el otro al sentir miedo, angustia, ansiedad o cualquiera de las emociones que despierta este evento. Este tipo de apego puede volverse contraproducente al correr el riesgo de convertirse en una relación simbiótica. He aquí la importancia de que exista un “otro” que rompa esta posible relación para dar lugar a la construcción de la individualidad. La escuela suele ser quien favorece dicha separación al ofrecer un espacio donde el infante puede afrontar por sí mismo las dificultades que se le presentan lidiando con sus pares y las figuras de autoridad que la habitan.

La angustia de los cuidadores primarios por el aprendizaje y las evaluaciones académicas de los niños aumentan las condiciones estresantes en los pequeños, pues se ven forzados a resolver tareas durante las clases virtuales de manera “perfecta”, sin el acompañamiento de un educador o pedagogo. En ocasiones son los padres quienes parecen competir por una entrega brillante de trabajos, al compararse con otras familias. Esto se manifiesta en las sesiones en línea cuando los adultos toman la mano del niño para guiar el dibujo o les cuestionan “¿Por qué hiciste esos ojos tan grandes?”, limitando su creatividad y desarrollo al no escuchar, mirar o respetar el verdadero deseo del infante.

Por otro lado, se observa preocupación en los adultos a cargo por el desorden o suciedad que puedan dejar durante la realización de las actividades, limitando así la libertad de exploración, expresión y movimiento. Muchos de los cuidadores pretenden que los niños se queden sentados como si estuvieran pegados a la silla durante las horas de clase, con lo

que solo están impidiendo la descarga motora necesaria para la construcción e integración del esquema e imagen corporal de los mismos.

En la escuela cada niño resuelve con sus recursos, pero en casa algunos padres confunden el acompañamiento con la sobreprotección y no les dejan ser, como si fueran cuerpos abandonados o sin vida que deben estar callados viendo la pantalla, escuchando y resolviendo tareas. Por otro lado, están los cuidadores primarios que no tienen tiempo de acompañar a sus hijos durante los periodos de clase y los dejan frente a las pantallas sin ninguna compañía, generando en ellos la sensación de abandono y poniéndolos en riesgo frente al contenido que pueden encontrar en Internet. A causa de esto vemos niños con el gesto impregnado de una posible pérdida de deseo. En todos los casos, la inmovilidad se vuelve una amenaza para la constitución de la globalidad del niño.

Los efectos del estrés en el eje motriz- instrumental del infante pueden manifestarse de diferentes maneras como: alteraciones en el control de esfínteres (estreñimiento o enuresis), cambios en el apetito, trastornos del sueño, posibles dolores de cabeza y/o estómago. Estos síntomas, aparentemente “físicos”, impactan directamente en el eje afectivo como en el cognitivo, por lo cual no pueden dejar de pensarse como separados.

Cabe recordar que en la escuela tenían la guía profesional de la maestra o educadora, pero en el confinamiento la madre o cuidadores primarios tuvieron que sustituir el rol de “docente” sin saber cómo hacerlo y con la saturación del trabajo de oficina, de casa, etcétera. Es común ver familias que se apoyan de recursos digitales o planes de escuela en casa para que sus hijos aprendan sin considerar la etapa del desarrollo en la que se encuentran, saltándose así procesos importantes, como niños que están usando lápices de colores o realizando actividades de motricidad fina sin haber pasado por el movimiento motor grueso. Por tanto, es probable que las condiciones para el aprendizaje y el desarrollo del niño no sean las más adecuadas.

De igual forma, los procesos cognitivos como la atención, la memoria, la lectoescritura, etcétera han sido perjudicados debido a la inmovilidad del instrumento motor y la falta de contención emocional. Al no tener mucho espacio donde desplazarse ni la oportunidad de relacionarse con otros, los infantes no pueden correr, saltar, rodar, trepar o jugar con una pelota con la libertad que lo hacían antes o lo llegan a hacer con menor frecuencia, esta situación impacta en la construcción del esquema e imagen corporal y en las nociones temporoespaciales.

Otro proceso que se ve alterado es el de lateralización por el uso del dispositivo móvil en clase, en este sentido es común escuchar alumnos o pacientes preguntando “¿Miss por qué me veo al revés en la pantalla?; el poco movimiento dentro de casa durante las clases deja huella sobre la postura, el equilibrio, la coordinación, el ritmo etcétera. Es probable que las condiciones mencionadas incrementen los casos de trastornos psicomotrices como torpeza psicomotriz, dispraxias, trastornos de lateralización, inestabilidad e inhibición psicomotriz, entre otros.

Por otra parte, la forma de convivencia o la violencia que existe en algunos hogares se mezcla con la angustia propia del encierro, con el miedo al contagio, con depresiones ante la pérdida de trabajo o problemas económicos, aumentando así los niveles de estrés, lo que impide que el niño se desarrolle favorablemente como una totalidad al no contar con un ambiente propicio para el aprendizaje ni su bienestar emocional.

El estrés por confinamiento ha impactado en la globalidad del individuo, por esto se necesita una herramienta de intervención que tenga un enfoque integral, que vea al niño como un ser completo para poder mitigar las posibles consecuencias de dicho evento. El psicomotricista puede dar este tipo de acompañamiento y contención a través de su “presencia” durante la videollamada.

De acuerdo a The National Child Traumatic Stress Network, algunas estrategias para dar contención a los niños y contrarrestar los efectos del estrés, es brindar validez emocional fomentando la expresión, generar rutinas que estructuren sin ser rígidas, planear actividades que ofrezcan relajación y confort, evitar la exposición a noticieros, socializar con sus pares, hacer ejercicio regular y estiramiento, realizar actividades lúdicas, participar en tareas domésticas, hablar del tema entre otras [5].

“La psicomotricidad también es estructurante, e interviene en la modelación del cuerpo y de su manera de estar en el mundo, base para el desarrollo de otras funciones que a su vez repercuten sobre ella” (27) [6]. Este tipo de enfoque terapéutico, al estudiar la globalidad y permitir la conexión con el otro por medio de una mirada y escucha que integra, puede fungir como herramienta de intervención para mitigar los efectos del estrés por confinamiento en niños.

A través de las sesiones en línea donde el juego corporal es el protagonista, el psicomotricista acompaña a los niños a elaborar el confinamiento, a poner el deseo en movimiento, les brinda espacio de expresión emocional y de descarga motriz, sobre todo, establece

un vínculo que permite el diálogo tónico dando la posibilidad al niño de vivenciar su cuerpo.

EL JUEGO CORPORAL

La psicomotricidad usa como herramienta el juego corporal, a través de éste se despierta el deseo y a partir de ello surge el movimiento, que no es exclusivo del eje motriz-instrumental, sino que se entrelaza con el eje afectivo- emocional y práxico-cognitivo. Aquí radica la principal diferencia con la motricidad o fisioterapia, estas disciplinas no profundizan en integrar la emoción, el pensamiento con la imagen y esquema corporal.

“El juego permite al niño expresar en un modo simbólico sus deseos inconscientes, sus fantasías, sus terrores, sus placeres y sus conflictos...” (17)[7]. Esta herramienta invita a poner en movimiento el archivo imaginario cuando algo que ocurre en la actualidad convoca el festejar, el pensar el dolor, imaginar el futuro y la comprensión. El juego estructura psíquicamente al niño, transforma la angustia en placer y fortalece el vínculo con el otro [7]. Otras cualidades que lo caracterizan son la imaginación, ficción y ensoñación, la comparación, el distanciamiento, una posición activa, la incorporación de los objetos, construcción del cuerpo, interacción, el placer, la integración de un grupo, la creatividad, el tiempo y la expresividad. [8] Dichos atributos pueden ser aprovechados para mitigar los posibles efectos del estrés en los niños a causa del confinamiento.

La psicomotricidad organiza el psiquismo del niño, a través de la escucha y la mirada del psicomotricista. Esto se refleja tanto en el área motriz, permitiendo la regulación del tono y la postura, como en la parte afectiva al brindar el acompañamiento y sostén que necesitan. El juego, desde un enfoque psicomotriz, ejerce la función estructurante ya que permite la expresión de las emociones y la descarga motora, ofreciendo un cuerpo relajado e integrado. Lo que no se puede decir con palabras, el cuerpo lo expresa, por esto el juego busca asimilar, digerir o elaborar lo que a veces la palabra o la “razón” no alcanza a comprender.

En tiempos de pandemia, hay muchas cosas inciertas que no se alcanzan a entender y con esto surge la duda si se puede practicar la psicomotricidad durante el confinamiento a través de la interacción a distancia por medio de dispositivos electrónicos, se puede suponer que no es posible debido a la falta de contacto cuerpo a cuerpo, pero hay que recordar que el cuerpo y la mirada van más allá de lo meramente físico y en este sentido se puede seguir conectando con el otro y moviendo el deseo a través del juego. Lo que es

un hecho es que se requieren nuevas herramientas de intervención que se adapten a las nuevas condiciones mundiales cuidando siempre la mirada y escucha del deseo del otro.

El psicomotricista pone su cuerpo a disposición del otro, compartiendo ese espacio desde el lugar del observador que participa, facilita y promueve el aprendizaje, es su responsabilidad crear un lazo afectivo mediante una actitud lúdica [8].

Otra forma de intervenir es formar grupos de psicomotricidad donde los niños jueguen con otros a través de una videollamada. Esto permite al niño ver a sus pares y desarrollar habilidades sociales a pesar de las limitantes que la pandemia ha generado. Sesiones donde participan del juego corporal y actividades que promueven la elaboración del confinamiento y expresión de sus emociones. Un espacio donde pueden incluso, conocer niños de otras ciudades o países. En este caso, la intervención ocurre desde un nivel educativo, sin excluir los beneficios terapéuticos implícitos.

EL PSICOMOTRICISTA, EL ESPACIO Y LA DINÁMICA DURANTE LA SESIÓN DE JUEGO PRESENCIAL A TRAVÉS DE LA VIDEOLLAMADA

El objetivo del psicomotricista es poner su cuerpo en función del otro a través de una mirada y escucha activa que sirvan de sostén y acompañamiento durante la sesión de juego en videollamada. En este sentido es que la sesión se convierte en algo “presencial”, debido a que el cuerpo del psicomotricista y el niño se hacen presentes. Estas sesiones pueden ocurrir de manera individual con un enfoque terapéutico o grupal orientado más hacia el nivel educativo. Ofrecerles este espacio con un encuadre estructurante, les da oportunidad a los niños de transformar su angustia en placer, expresar sus emociones, asimilar el evento estresante a causa del Covid-19, relajarse, comprender el mundo, imaginar un futuro, salir del sedentarismo y resignificar.

El niño vivencia la psicomotricidad a través de una videollamada con el psicomotricista, quien a su vez sugiere la integración de algún material en casa que le permita explorar y jugar. También es importante invitar a los cuidadores primarios a generar un ambiente íntimo y con las condiciones propicias donde pueda transcurrir la sesión de una manera íntima sin interrupciones. Es responsabilidad del psicomotricista usar la creatividad, originalidad, innovación, actualización y capacidad de inventiva para construir este tercer espacio que describe Levin [1].

El espacio debe ser un lugar seguro donde los niños no estén en peligro de lastimarse y puedan sentirse cómodos. Es conveniente explicar a los padres la importancia de ese tiempo y espacio de juego, para establecer límites que no conviertan a ese espacio en el

lugar donde todos pueden intervenir sin importar el momento. Evidentemente no se puede controlar todo el ambiente ni las reacciones o necesidades de los integrantes de la familia, pero en el caso de que las interrupciones ocurran, se puede integrar la situación u objeto que aparezca durante la sesión, cuidando siempre el encuadre dentro del proceso que se está llevando.

Lo más importante es generar el vínculo a través de una escucha y mirada psicomotriz que permita al niño proponer desde la espontaneidad. Es necesario que, por las características del encuentro en línea, no se caiga en la tentación de querer “dirigir” o imponerse sobre la propuesta del infante, el deseo del niño será siempre el protagonista.

Para poder organizar y cumplir los objetivos de la intervención psicomotriz por medio de videollamada, será importante para el psicomotricista, invertir en una buena conexión a Internet y en un dispositivo electrónico que facilite la comunicación, ya que la sesión durará aproximadamente 45 minutos. El espacio del psicomotricista debe ser cuidadosamente adaptado, designar un área libre que genere la sensación de ser un lugar específico para trabajar con los niños, un espacio que no exponga innecesariamente la vida íntima del profesional y cuidar la posición del dispositivo que utilice para que se vea el cuerpo completo.

Para que la sesión pueda transcurrir favorablemente, el psicomotricista debe prestar su cuerpo como si lo hiciera de manera presencial, no limitarse a estar sentado, por el contrario, estar de pie mostrando su cuerpo completo invitando a los infantes a mover la totalidad del cuerpo y no solo partes fragmentadas.

En los encuentros virtuales se podrán incluir herramientas y técnicas de intervención que acompañen el juego como la música, danza, teatro, sombras, cuentos, técnicas de relajación y respiración, entre otras. Se puede sugerir con anticipación la presencia de algún material como telas, periódico, hojas, plastilina, masas, semillas, etcétera. Incluso se pueden integrar objetos que se encuentren en casa, ya que a todo se le podrá dar una representación o significado con base en lo que necesite el niño durante la sesión.

La sesión presencial por videollamada debe contar, en la medida de lo posible, con la misma estructura de las sesiones que transcurren en la sala de psicomotricidad, respetando los rituales de entrada y salida, tiempos establecidos y el cuidado del cuerpo y los materiales.

CONCLUSIONES

El confinamiento por pandemia ha generado estrés traumático en los niños que se ve reflejado de distintas maneras. La intervención psicomotriz, apoyada especialmente del juego corporal presencial a través de la videollamada, puede contrarrestar los efectos en la integridad de los niños. Es de vital importancia que el psicomotricista preste su cuerpo a través de este medio para poder establecer un diálogo tónico que permita conocer las necesidades del niño y poner en movimiento su deseo. El vínculo va más allá del espacio físico, una mirada y escucha activa traspasa las barreras del lugar donde ocurra la experiencia psicomotriz al existir un cuerpo “presente”.

Es complicado teorizar sobre este tema ya que existen pocos estudios o textos que profundicen sobre el impacto de la intervención psicomotriz en línea porque la Pandemia es muy reciente y sigue presente. Lo que se ha visto es que la videollamada permite dar contención emocional a los niños y seguimiento al proceso terapéutico.

Específicamente el juego corporal presencial en esta modalidad les da la posibilidad a los niños de expresar sus emociones y asimilar el confinamiento. Los niños han podido vivenciar su cuerpo por medio de esta experiencia transformando su angustia en placer, aprovechando las cualidades del juego para mitigar los síntomas del estrés traumático. La experiencia lúdica que permite esta modalidad ha promovido el movimiento corporal en todas sus facetas.

Es momento de integrar nuevas estrategias de intervención para sobrellevar las condiciones que el mundo actual ofrece.

BIBLIOGRAFÍA

[1] LEVIN, E. (2020). La niñez infectada: Juego, educación y clínica en tiempo de aislamiento. Buenos Aires: Noveduc, 2020.

[2] BOTTINI, P., AGNESE, L. y Cols. (2000). Psicomotricidad: prácticas y concepto. Madrid: Miño y Dávila, 2018.

[3] Entendimiento del Estrés Traumático Infantil: Una guía para padres. Consultado en: 2021-07-02. Disponible en: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//understanding_child_traumatic_stress_guide_for_parents_sp.pdf

[4] DEL ARCO QUEL, G. (2017). Práctica Psicomotriz Aucouturier en Educación Infantil. Desarrollo y aprendizaje a través del cuerpo en movimiento. Tesis de maestría. Pamplona, España. Universidad Internacional de la Rioja. Consultado en: 2021-07-02. Disponible en:

<https://reunir.unir.net/handle/123456789/4763>

[5] Guía de ayuda para padres y cuidadores para ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad Coronavirus 2019 (COVID-19). (2021-07-02). Disponible en:

https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/parent_caregiver_guide_to_helping_families_cope_with_the_coronavirus_disease_2019-sp.pdf

[6] RICHARD, J. y RUBIO.L. (1995). Terapia Psicomotriz. Barcelona: Masson, 1995.

[7] AUCOUTURIER, B. (2018). Actuar, jugar, pensar: Puntos de apoyo para la práctica psicomotriz educativa y terapéutica. Barcelona: Graó, 2018.

[8] CALMELS, D. (2014) El Juego Corporal. Argentina: Paidós, 2018.

WINNICOTT. SOSTÉN DEL GESTO ESPONTÁNEO Y SUS FALLAS: CAER PERMANENTEMENTE Y MIEDO AL DERRUMBE.

CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ

*Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Ocupa el puesto de Directora Académica en el Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 27 noviembre 2022/ Aceptación: 26 diciembre 2022

RESUMEN

De las cuatro agonías primitivas: fragmentarse, caer permanentemente, despersonalización, desorientación, estudiamos el Trastorno psicósomático planteado por Winnicott [1] como Clínica de estar cayendo permanentemente, diferente de la Clínica del miedo al derrumbe (despersonalización), predominantemente con su trabajo *La mente y su relación con el psiquesoma* [2]. En estas Clínicas se trata de una falla en el sostén del gesto espontáneo del infante o del bebé, que rompe la continuidad existencial.

Vamos trazando diferencias entre estas dos Clínicas: estar cayendo permanentemente y miedo al derrumbe, desde la creación, funcionamiento y dificultades del mundo interior, entre las diferentes formas de pensamiento, los aportes narcisistas del self, hacia una existencia entre ilusión/desilusión (mundo sagrado) o esperanza/desesperanza (mundo de lo íntimo) y el mundo compartido. Se incluyen casos clínicos para el estudio de la clasificación propuesta.

PALABRAS CLAVE: agonías primitivas, caer permanentemente, depravación de los controles, maestría en psicoterapia psicoanalítica, miedo al derrumbe, privación, trastorno del pensamiento.

SUMMARY

Of the four primitive agonies: fragmenting, falling permanently, depersonalization, disorientation, we study the Psychosomatic Disorder proposed by Winnicott [1] as a Clinic of being permanently falling, different from the Clinic of fear of collapsing (depersonalization), predominantly with his work *The mind and its relationship with the psychosome* [2]. In these Clinics it is a failure to support the spontaneous gesture of the infant or baby, which breaks the existential continuity. We are drawing differences between these two Clinics: being permanently falling and fear of collapse, from the creation,

functioning and difficulties of the inner world, between the different forms of thought, the narcissistic contributions of the self, towards an existence between illusion/dissillusionment (sacred world) or hope/hopelessness (intimate world) and the shared world. Clinical cases are included for the study of the proposed classification.

KEY WORDS: primitive agonies, falling permanently, depravity of controls, master psychoanalytic psychotherapy, fear of collapse, deprivation, thought disorder.

RÉSUMÉ

Des quatre agonies primitives: fragmentation, chute permanente, dépersonnalisation, désorientation, nous étudions le Trouble psychosomatique proposé par Winnicott [1] comme une Clinique de la chute permanente, différente de la Clinique de la peur de l'effondrement (dépersonnalisation), majoritairement avec son travail L'esprit et sa relation avec le psychosome [2]. Dans ces Cliniques c'est un échec à soutenir le geste spontané du nourrisson ou du bébé qui rompt la continuité existentielle.

Nous traçons des différences entre ces deux Cliniques: chute permanente et peur de l'effondrement, de la création, de fonctionnement et des difficultés du monde intérieur, entre différentes formes de pensée, les apports narcissiques de soi, vers une existence entre illusion/désillusion (monde sacré) ou espoir/désespoir (monde intime) et le monde partagé. Des cas cliniques sont inclus pour l'étude de la classification proposée.

MOTS CLÉS: agonies primitives, chute permanente, dépravation des contrôles, maîtrise de la psychothérapie psychanalytique, peur de l'effondrement, privation, trouble de la pensée.

INTRODUCCIÓN

Para Winnicott no hay tal cosa llamada bebé; hay una pareja de crianza; un sostén. Hay un vacío que se irá llenando de experiencias. El yo es uno de experiencias. Hay un espacio potencial de paradojas en el que el infante es creador de sí mismo estando presente el pecho. La creatividad es universal; corresponde a la condición de estar vivo. En la salud, la creatividad primaria, va transitando, vía los fenómenos transicionales, hacia el objeto transicional que no es ni internalizado ni perdido, se va al limbo; va creando primero el mundo interior y después el aparato psíquico con una frontera del yo con un adentro y un afuera. La vida creativa transcurre mediante este espacio de transición, en una soledad esencial a la vez que en una dependencia absoluta, siendo el creador de sí mismo por sí mismo, ES el pecho y ESTA relajado estando no integrado; transitando por la sobrevivencia del objeto al ser colocado fuera del área de control omnipotente, fuera del

self (HACE), en la fase de inquietud o depresiva, hasta el objeto transicional en el que TIENE la primera posesión no-yo. Para Winnicott hay una posibilidad de vivir creativamente, saludablemente.

De las cuatro agonías primitivas que propone Winnicott: fragmentarse, caer permanentemente, despersonalización (miedo al derrumbe), desorientación, en este artículo trazamos diferencias entre la Clínica de ESTAR CAYENDO permanentemente si la falla en la continuidad existencial, privación, ocurre en la primera fase de integración-nointegración del infante y la Clínica del MIEDO al derrumbe, si ocurre una deprivación de los controles en la vida del bebé en la segunda fase, la depresiva.

SOSTÉN DEL GESTO ESPONTÁNEO

La madre ambiente se encuentra a la captura del gesto espontáneo de su bebé, ahí donde se sorprende. El bebé no escucha, ni registra la comunicación; sólo los efectos de la confiabilidad (130) [3]. El niño sorprende al mundo cuando atraviesa el espacio; se sostiene en el infante la idea de un espacio que lo rodea [4].

El gesto espontáneo está relacionado con un ambiente de sostén de forma continua desde el principio; en la experiencia de ser (being) se encuentra el gesto espontáneo y el elemento femenino (Es). Durante el proceso terapéutico, en la capacidad de sorprendernos a nosotros mismos, surge el gesto espontáneo y alude al self verdadero.

En Preocupación Maternal Primaria de 1956 [5], asumió el supuesto de que en la salud la mujer que queda embarazada va logrando gradualmente un alto grado de identificación con la criatura. Esta identificación evoluciona durante el embarazo, alcanza su punto culminante en el parto, y poco a poco se extingue en las semanas y meses ulteriores. Esta cosa sana que les sucede a las madres tiene consecuencias tanto hipocondríacas como de narcisismo secundario. Esta especial orientación de la madre con respecto a su infante no sólo depende de su propia salud mental, sino que también es afectada por el ambiente. En el caso más simple, el hombre, respaldado por una actitud social que es en sí misma un desarrollo de la función natural masculina, se ocupa de la realidad externa en beneficio de la mujer, de modo que por algún lapso resulta seguro y sensato para ella volcarse hacia adentro y centrarse en sí misma. A esto le corresponde un diagrama que se asemeja al de la persona o familia paranoide. (recordamos aquí la descripción por Freud de 1920 de la vesícula viviente con su capa córtico la receptiva...) (192). La madre-ambiente le da a cada bebé la ilusión de la experiencia de omnipotencia (178) [6].

“ La función materna esencial le permite a la madre conocer las más tempranas expectativas y necesidades de su infante y hace que esté personalmente satisfecha cuando el

infante se siente bien. En virtud de esta identificación primaria con su infante, ella sabe cómo sostenerlo, de modo que la criatura empieza existiendo y no reaccionando. Aquí está el origen del ser verdadero, que no puede hacerse realidad sin la relación especializada de la madre, una relación que podría describirse como una palabra corriente: devoción (192). “Al buscar la etiología del self falso, estamos examinando la etapa de las primeras relaciones objetales. En ella, el infante está casi permanentemente no integrado, y nunca integrado totalmente; la cuestión de los diversos elementos sensoriomotores corresponde al hecho de que la madre sostiene al infante, a veces físicamente, y de modo permanente en términos figurados. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero potencial. Tenemos que examinar el modo como la madre satisface esta omnipotencia infantil revelada en un gesto (o agrupamiento sensorio motor). He vinculado la idea del self verdadero con el gesto espontáneo. La fusión de la motilidad y los elementos eróticos están en proceso de hacerse reales en este periodo del desarrollo del individuo (188-89) [7].

La madre cree en su bebé, le presta su psique, el cuerpo y piensa por él. ESTA ahí, disponible para su bebé. En la fase de inquietud o depresiva SE ENCUENTRA disponible, porque el bebé juega aparecer y desaparecer y será un desastre no ser encontrado.

La madre resiste, como “la primera manifestación de la producción de una obra de arte que radica en la resistencia que los materiales experimentan ante la agresividad” (80) [8]. En la fase de integración-nointegración o de sostén, resiste la agresión o fuerza vital; en la fase depresiva resiste la destrucción del objeto, al ser capaz de colocarlo fuera del área del control omnipotente o del self y sobrevivir. Resiste el proceso de idealización-desidealización- mediante la capacidad para sentir odio. Y resiste el no saber.

Para ser creativos se necesita predominantemente: 1. Que los otros sean objetivos para poder disfrutar de nuestra creatividad. 2. Asumir riesgos. 3. Seguir nuestros impulsos con las ideas creativas que los acompañan.

SE aporta cierto ambiente facilitador para el potencial creador del bebé

1. La madre-ambiente

Presta la psique
Piensa por él
Prestar el cuerpo



2. Cree en el bebé

3. Esta disponible

Se Encuentra disponible

Resistir la agresión o fuerza vital

4. **Resiste:** El no -saber

Resistir la destrucción

Resistir el proceso de idealización-
desidealización- mediante la
capacidad para sentir odio

4. Ahí donde “me rehúso, soy”



CIES
COLLEJO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS EN PSICOANÁLISIS
www.cies.online

“la primera manifestación de la producción de una obra radica en la **resistencia** que los materiales experimentan ante la agresividad” (Bareiro 80)

Elaborado por Concepción Rabadán Fernández/Winnicott: Sostén del gesto espontáneo y sus fallas: caer permanentemente y miedo al derrumbe/Revista Letra en Psicoanálisis / Vol.8, No 2, julio-diciembre 2022/

LA BASE DEL SELF: FLEXIBLE O RÍGIDA

El falso self protege al verdadero. El núcleo del verdadero self se va construyendo desde el gesto espontáneo, de sí mismo; el primer objeto es el self. El esquema corporal creado de núcleos del yo (yo self o esquema corporal); Winnicott lo explica: “Cuán tremendamente fuerte puede ser cada uno de los núcleos del yo [yo self o esquema corporal]; lo débil puede ser la integración de una organización del yo-piel o membrana del mundo interior, que marca un interior-exterior” (251) [9].

El falso self se ocupa de buscar las condiciones que permitan al verdadero self entrar en posesión de lo suyo. Es un self flexible. Vivimos entre lo sagrado, lo íntimo y lo compartido.

En la Clínica de las agonías primitivas el self es uno rígido. De adultos las personas con la vivencia de caída o de derrumbe, son exitosas en el self profesional, en el self social varia de acuerdo a cada caso entre amigable, solitarios, hiperdependientes del ambiente; donde hay angustia con dolor, donde sufren, es en el self privado.

AGONÍAS PRIMITIVAS: ¿ESTAR CAYENDO O MIEDO AL DERRUMBE? ¿ILUSIÓN, DESESPERANZA? ¿MUNDO INTERIOR DEFICIENTE O DEFORME? ¿LO IMPENSABLE; LO SÓLO PENSABLE? ¿FALLAS EN LOS PATRONES DE REFERENCIA HACIA EL PADRE?

En estas clínicas se trata del gesto de la madre, del padre o de los progenitores y no del gesto del bebé. Si la privación ocurre en la fase de integración-nointegración se trata de un núcleo de desilusión. Cuando ocurre una deprivación de los controles, en la fase depresiva, o una deprivación del objeto, en la tercera fase, la del mundo compartido, el bebé o el niño viven una existencia con un núcleo de desesperanza.

Se encuentra una dificultad en la creación (déficit) o en el funcionamiento (deformación) del mundo interior; mundo interior parte de mí, distinto de mí, que hace mí. Desde el establecimiento del objeto subjetivo (lo sagrado) con el gesto espontáneo como base; transicionando con la base del self en la vida psicosomática que delimita, en la fase depresiva, lo que es interior, exterior, es decir lo íntimo, hasta lo que será, en la tercera fase del Desarrollo emocional primitivo, la de realización o comprensión, en la que ya hay un aparato psíquico con una frontera del yo, con experiencias compartidas marcando un adentro y un afuera con la primera posesión del objeto no-yo, el objeto transicional.

Otra manera de clasificar estas clínicas puede ser como lo impensable en la Caída y de lo sólo pensable en el Derrumbe en la fase depresiva. Si lo catalogamos como Trastorno psicosomático por estar cayendo diferente al Trastorno psicosomático por derrumbe, en los dos casos no hay vida psicosomática. Cuando cae permanentemente, la base del self se localiza en una sensorialidad o en una fisiología o en un ambiente portador de self o en la idolización de lo negativo. Los patrones de referencia hacia el padre se encuentra alterado (con dificultades en la integración-nointegración o en el padre en la mente de la madre o en el padre en la mente del padre). En el trastorno psicosomático por derrumbe el pensamiento hace la veces de madre, la base del self se localiza en lo pensable de un manera catalogadora y sometido a una presencia [2]; si el camino hacia el padre se llega a perder, se encuentra desorientado.



Elaborado por Concepción Rabadán Fernández/Winnicott: Sostén del gesto espontáneo y sus fallas: caer permanentemente y miedo al derrumbe. Revista Letra en Psicoanálisis / Vol.8, No 2, julio-diciembre 2022/

PENSAMIENTO VIVO, PENSAMIENTO PORTADOR DE NARCISISMO, PENSAMIENTO POR FRAGMENTOS

Si las cosas marchan saludablemente se tratará de un pensamiento, uno vivo; en la caída durante la continuidad existencial, se organiza en base a un pensamiento por fragmentos (en una dispersión de los agentes responsables [1]) y si aconteció un derrumbe será un pensamiento catalogador dice Winnicott[2]; con Frege lo ubicaremos como un pensamiento portador de self, a la manera de una representación.

Los fenómenos transicionales se pueden estudiar intrapsíquicamente (como negatividad), o desde lo intersubjetivo (como paradojas) o en la interacción. En la transición de la fase de integración-no integración a la depresiva ocurre que el bebé es capaz de mirar al pasado, mira el amor cruel y desconsiderado, sin intención. Cuenta con la capacidad entonces de preocuparse por el otro. El yo piel cubre los diferentes núcleos del yo-self (del esquema corporal) y el bebé piensa por él mismo; piensa por sí mismo porque esta funcionando el mundo interior en su núcleo y su membrana, funciona el mundo interior portador de narcisismo. Saludablemente cuando hay fallas en el ambiente, al pensar ayuda a la continuidad de la residencia de la psique en el soma, a la vida psicosomática, como lo

había hecho la madre. La psique de la madre-ambiente continua ayudando con el caos, pero el bebé ya piensa por él mismo.

De la relación unicorporal transita a una bicorporal. En la transición a la fase de inquietud o depresiva desarrolla diferentes capacidades: de experimentar la mutualidad, relacionabilidad del yo (que implica experiencias del ello, haciéndose cargo de las fantasías), la capacidad de jugar solo en presencia, relacionarse con objetos percibidos objetivamente, capacidad de ubicar el peligro, al perseguidor.

Cuando en la fase depresiva hay fallas saludables el niño piensa y ayuda a la vida psicosomática, como lo había hecho la madre; el pensamiento le otorga una forma de independencia. De esta manera el pensamiento como lo plantea el matemático, lógico y filósofo alemán Gottlob Frege (1848- 1925) permite continuar estudiando la propuesta de Winnicott. El filósofo se pregunta si es el pensamiento una representación, a lo que explica que los pensamientos no son ni cosas del mundo exterior ni representaciones. El pensamiento coincide con las representaciones en que no puede ser percibido por los sentidos y el pensamiento coincide con las cosas en que no se requiere de un portador a cuyos contenidos de conciencia pertenezca. Uno ve una cosa, tiene una representación, capta o piensa un pensamiento. Cuando uno capta o piensa un pensamiento no lo crea sino que entra en una cierta relación con este pensamiento que existía ya antes; relación que es distinta de la relación de ver una cosa o de tener una representación (171)[10]. Desde esta lógica el bebé se relaciona con el pensamiento de la madre-ambiente, pensamiento que por encontrarse ya ahí, facilita la transición hacia la cultura.

El pensamiento para Frege no es sensible en sí; se cubre con una vestidura sensible de la oración y se nos hace así más captable (156)[10]. Entonces ni yo mismo, como portador de representaciones, no soy una representación. “No todo es representación. Puedo de esta manera, reconocer también como independiente de mí el pensamiento que otros seres humanos puedan captar al igual que yo. “No somos portadores de los pensamientos al modo como somos portadores de nuestras representaciones. No tenemos un pensamiento como tenemos una impresión sensorial; tampoco vemos un pensamiento como vemos una estrella”(179)[10]; “el pensamiento no pertenece a mi mundo interior como una representación, ni tampoco el mundo externo, al mundo de las cosas sensibles” (181) [10].

Entonces se requiere el mundo interior como portador de narcisismo, de self, de representaciones, para poder pensar; pero el pensamiento no pasa por el mundo interior. Mientras se encuentre funcionando la organización narcisista, del self, del mundo interior, hay un pensamiento vivo.

Winnicott, en el trabajo *La mente y su relación con el psique-soma* de 1949 [2], comunica que cuando la falla del ambiente en la fase depresiva es demasiado prolongada, no puede ser experimentada dentro de la experiencia omnipotente entonces el pensamiento hace las veces de madre. Es un pensamiento catalogador y aparece un sometimiento al objeto en tanto presente. Entonces se puede proponer que es un pensamiento portador de narcisismo a la manera de una representación. Si la falla ocurre en la primera fase, la de sostén, se trata de un pensamiento en fragmentos, no puede unir los fragmentos; esta cayendo permanentemente para no caer; se encuentra en una diseminación de los agentes responsables; es un pensamiento hipersincero. Un pensamiento encargado de que no entren en contacto las partes, los fragmentos entre sí [1].

CLÍNICA DE ESTAR CAYENDO PERMANENTEMENTE

“En la salud, antes del nacimiento, el pequeño está preparado para sufrir algún ataque del medio ambiente y ya ha vivido la experiencia de un retorno natural desde la reacción a un estado en que no es necesario reaccionar, único estado en el que el ser puede empezar a existir” (248) [9]. La base del self en la fase de integración-nointegración se localiza en el sostén a la captura del gesto espontáneo. El bebe usa al padre como patrón de su propia integración al convertirse por momentos en una unidad. Otro referente al padre es el padre en la mente de la madre [11].

Si el sostén cae de manera que se pierde la continuidad en la existencia, el infante organiza una defensa a la manera de estar fragmentado permanentemente para no caer; esta fragmentación en varios pedazos o en dos. Otra manera de lidiar con el ambiente que cae es ser parte del self de la madre-ambiente que esta cayendo. Otra tercera manera es cuando algo que debió de haber ocurrido no sucedió.

La madre no es suficientemente buena cuando reemplaza el dar satisfacción al gesto del infante por su propio gesto. Se trata de un infante que empieza reaccionando en vez de existiendo. Así es posible ubicar el punto de origen del falso self, que ahora vemos que constituye una defensa, una defensa contra lo impensable, contra la explotación del self verdadero, que daría por resultado su aniquilación. (Si el self verdadero llega a ser explotado y aniquilado, esto ocurre en la vida del infante cuya madre no sólo no fue “no suficientemente buena” en el sentido expuesto, sino que fue buena y mala de una manera atormentadoramente irregular. En este caso la ma-

dre, en razón de su propia enfermedad, necesita causar y mantener la confusión en quienes están en contacto con ella(191-192) [12].

Las siguientes viñetas hacen referencia a la propuesta de clasificación en esta Clínica.

Clínicas de las agonías primitivas	
<p>Desilusión</p> <p>Estar cayendo para no caer</p> <p>Cuando es el gesto de la madre, del padre o de los padres</p> <p>1. La base del self: en el cuerpo, en una sensorialidad, en la fisiología, en un ambiente, la idolización de lo negativo.</p> <p>1.1 La base del self en el cuerpo. Lo odia y le deja de hablar Caso Liro</p> <p>1. 2. La base del self en una sensorialidad. Los padres en un ambiente frágil.</p> <p>Caso de Ruth con artritis</p> <p>1. 3. La base del self en la fisiología. Los padres coludidos en el terror y odio</p> <p>Anatomía del odio</p> <p>2. Es un resto del self de la madre que se encuentra cayendo</p> <p>Caso madre sana si hija en enferma</p> <p>Caso gemela “fuerte”, gemela “débil”</p> <p>3.Algo que debió de haber ocurrido no sucedió</p>	<p>Desesperanza</p> <p>Miedo al derrumbe</p> <p>El ambiente se derrumba y el pensamiento hace las veces de madre</p> <p>1 D. El centro del self se localiza en el pensamiento catalogador</p> <p>Caso Leonardo de 24 años</p> <p>2 D. El centro del self se localiza en la organización depresiva de la madre</p> <p>Caso Mariana con diagnóstico de TDA</p>



Elaborado por Concepción Rabadán Fernández/Winnicott: Sostén del gesto espontáneo y sus fallas: caer permanentemente y miedo al derrumbeRevista Letra en Psicoanálisis / Vol.8, No 2, julio-diciembre 2022/

La base del self: en el cuerpo, en una sensorialidad, en la fisiología, en un ambiente portador de narcisismo(de self), la idolización de lo negativo.

1.1 La base del self en el cuerpo. Lo odia y le deja de hablar. Caso Liro 1. 2. **La base del self en una sensorialidad. Los padres en un ambiente frágil. Caso Ruth con artritis** 1. 3. **La base del self en la fisiología. Los padres coludidos en el terror y odio. Caso anatomía del odio.** 1.4 **Caso la idolización de lo negativo.**

1.1 El Caso de Liro, entre otros trabajos, lo estudia Winnicott en Las bases del self en el cuerpo [13]. Acude a la consulta debido a que al personal del hospital que lo atendía les llamaba la atención la manera como aceptaba someterse a la gran cantidad de operaciones que le venían realizando. Nació con sindactilia en las manos y los pies, igual que

su madre y entonces cuando al nacer la madre lo vió, lo odió. Tuvo que ser separado de ella. Cuando a la madre se le ocurrió la idea de que lo operaran, es entonces que lo pudo amar incluso más que a sus otros hijos. En la consulta terapéutica Liro pudo expresar a Winnicott cómo a él le hubiera gustado haber sido aceptado como nació. En la consulta terapéutica con la madre ésta irrumpió en lágrimas, estaba muy emocionada. Se quería quitar un peso de encima, algo que no le había dicho a la asistente social, algo que nunca había tratado en el consciente o verbalizado en su mente. En resumen, lo que dijo fue: “sé que todo el mundo tiene sentimientos de culpa sobre el sexo. Para mí ha sido diferente. Toda mi vida me he sentido libre sexualmente y la experiencia sexual en mi matrimonio ha sido satisfactoria. En lugar de sentirme culpable sobre el sexo, lo que he sentido siempre es que mi condición de dedos de las manos y los pies lo tuviera uno de mis hijos. De esta manera, yo sería castigada”. Con cada embarazo se ponía más ansiosa por el bebé que iba a nacer, debido a la posibilidad de heredar la discapacidad. Ella sabía que no debía tener hijos a causa de esta discapacidad. Cuando nacía un bebé y estaba normal sentía inmenso alivio. Con liro, sin embargo, fue diferente, con los dedos y los pies como los de ella, se había sentido castigada [14].

1.2. Caso de Ruth con artritis. El camino hacia el padre obstaculizado.

Ruth asiste a la primera consulta contando con 23 años de edad. Le han diagnosticado artritis degenerativa. Viene porque su mamá le dijo; a pesar, por ejemplo, de que refiere que esta triste todo el tiempo, “encuentro una indiferencia en venir al tratamiento”. La base de su self se localiza en la mirada. Vive del cine, sacar fotografías, filmar películas, cortometrajes, le reconocen y destaca su trabajo, pero refiere que no la hace feliz. Se asombra de que pasen esas cosas y que ella no esté bien. Ella siente el dolor cuando lo ve, lo explica.

Tener artritis es como tener tres brazos y el tercero se ve muy feo, (se ríe)”. Llorosa refiere: “pienso que no le echo ganas porque no veo futuro”. “Desde que me enfermé no se quién me dijo que no podía enfermarme” “Nadie y todos. O tal vez fui yo misma. Pero si ya estoy en un punto que no aguanto. (Llorosa). No se me ha deshinchado. Es fácil sentir el dolor cuando lo veo. Mi mano izquierda no se puede doblar, la derecha hinchada, no la debía tener...Poco a poco se me empezaron a endurecer. Me deprime muchísimo. Todo el año fui a masajes terapéuticos, se embarazó y vino otra, me platicó que tiene una mamá sin brazo. Me platicó toda la historia. Una persona que le falta un brazo. Tiene lupus la mamá. Es una enfermedad auto-

inmune. Las enfermedades autoinmunes, no se sabe por qué, un día decide atacarse a sí mismo. Los anticuerpos atacan a las articulaciones. Es la versión contraria del sida. El sida es inmunodeficiencia humana. Yo tomo inmunosupresores porque me atacan. Es algo como el cáncer. El cuerpo daña partes del cuerpo.

Cuando en una sesión flexiona su brazo derecho y lo mira, miro su cara desencajada de horror. Ella había explicado que siente el dolor cuando lo mira ¿Qué es lo que al mirar le duele? ¿Ella mira su mano deforme? a lo que el analista no la ve deforme, ¿a la manera de una alucinación negativa?

Yo nací triste, o no se si mi mamá lo dice: como José [su padre biológico] me abandonó estando embarazada de mí; yo de chica, nunca lloré; nunca quise tomar pecho, estaba traumada. Mi mamá sentía que estaba enojada con ella. Mi vida sexual triste, si no patética. Habla de su padre adoptivo quien, “ siempre se ha sentido un fracasado”.

La madre enojada con ella siendo niña y los caminos hacia el padre siempre obstruidos. El padre biológico un hombre agresivo que no sabe cómo no lo metieron a la cárcel y en su padre adoptivo uno que “ siempre se ha sentido un fracasado” y al que ella dice parecerse.

Me he sentido peor. El sábado vinieron mis papas y mi hermana a ver un trabajo mío, un documental sobre la vida de una prostituta. Lo hice hace mucho tiempo (más de un año) y quedó bien; la mayoría de las cosas que hago quedan bien, me asombro de que pasen esas cosas y yo no esté bien.

“Tengo estas crisis de ansiedad como si fuera bulímica o anoréxica. Cuando lo de los ojos exploté, desarrollé una fascinación por los pasteles de Starbucks y sentía como que estuviera haciendo algo malo, me podían descubrir”. Al preguntarle qué pasaría responde:

Me llevarían a emergencias porque creen que algo muy malo me va a pasar cuando tengo una crisis. Hubo días que no me podía parar. Nadie me ve como una persona banal que me importe cómo me veo. Mi papa me fastidió mucho desde hace como 6 años que pesaba 15 kilos más”. De ahí habla de su hermana que estuvo a punto de ser bailarina profesional pero lo dejó (risa siniestra) y subió mucho de peso. “Yo lo vi como rebeldía”. Continúa relatando. “Nosotros no tenemos una religión. Mi

hermana se casó por la iglesia, se casó por la razón de que subió de peso. Mi hermana creció con resentimiento de cosas. Un día (siendo una niña como de tres años) desapareció mi papá José y mi mamá fingió. “Cambiaron a una persona, cambiaron a mi papá y fingieron que no había pasado nada”. Continúa relatando sobre su madre que se embarazó a los 23 años y ahora se arrepiente. De repente ya no juzgábamos a nuestra mamá, era nuestra heroína. “Es como ver un programa de televisión y no te detienes en lo importante”.

Sólo lo que entra por el ojo, como el de la cámara, es posible de sostener una excitación; todo lo demás se encuentra escindido, en la indiferencia.

1.3 Caso Anatomía del odio [15]. Llega a sus 33 años, recomendada por otra paciente. “Hay cosas que en vez de dejar salir se me quedan atoradas; si no hago algo por mí, estoy atorada, necesito apoyo externo. En un momento del proceso de la psicoterapia con dolor refiere: Mi madre sólo se acercaba cuando me encontraba hecha caca, de otra forma no lo hacía. Los padres coludidos en experiencias de terror: “Mi padre viéndome en la montaña rusa muerto de risa y yo muriendo en el terror”; “Me agarraban entre los 2 para inyectarme y la mamá exclamaba: “déjala en su geniecito”. El uso de la marihuana y del éxtasis: “ Yo hago cambios radicales y rápidos. Al hacerlo lento es hacer un proceso. Pierdo el enfoque” . De adolescente: “ violentaba mi cuerpo hasta sangrar”. Transcurrían sesiones y sesiones donde se establecía una batalla dentro de ella misma para poder establecer un No ante los mandatos familiares, ya que su hermana mayor que le llevaba 10 años y fungía como madre, lo transformaba en un sí: “Carmina me asfixia”. El centro del self se localiza en la fisiología de las drogas, de sus 5 tatuajes en la piel, para no olvidar.

1.4 Caso de la idolización [16] de lo negativo. Lo negativo de él es más real que lo positivo del analista(42) [17].

Winnicott explica:” Esta paciente, que tiene varios hijos y posee una elevada inteligencia, que usa en su trabajo, se hace tratar debido a una amplia gama de sintomatología que por lo general se agrupa bajo el término de “esquizoide”. Es probable que quienes tienen contacto con ella no se den cuenta de lo mal que se siente, y en verdad que por lo general se le muestra afecto y se la considera una persona valiosa”(39) [17].

Los fragmentos de una sesión donde van trabajando con un sueño explica lo siguiente. De vez en cuando se apodera de ella el fantaseo. Está haciendo un viaje en tren y se produce un accidente, Podría estar gritando, pero su madre no la oíría.

Luego habló sobre su experiencia más espantosa, en la cual dejó un gato durante un momento y después se enteró de que había estado maullando varias horas. Esto es “ya demasiado horrible” y se une a las muchas separaciones que experimentó a lo largo de su infancia, superiores a su capacidad para tolerarlas y por lo tanto traumáticas; imponían la necesidad de organizar nueva serie de defensas. Gran parte del material de este análisis tiene que ver con el llegar al lado negativo de las relaciones, es decir, con el fracaso gradual que debe experimentar el niño cuando los padres no están a mano [falla en el sostén]. La paciente se muestra muy sensible a todo ello respecto de sus propios hijos, y atribuye buena parte de las dificultades que obtuvo con el primero al hecho de que lo dejó durante tres días para salir de vacaciones con su esposo, cuando comenzó un nuevo embarazo, es decir, cuando el chico tenía casi dos años. Se le informó de que este había llorado cuatro horas sin parar, y cuando regresó a su hogar le resultó imposible, durante mucho tiempo, tratar de restablecer la relación. Nos encontramos ante el hecho de que los animales y a los niños pequeños no se les puede explicar lo que sucede. El gato no podía entender. A un niño de menos de dos años tampoco se le puede informar como corresponde acerca del nuevo bebé que se espera, aunque a “los veinte meses, más o menos” resulta cada vez más factible explicarlo con palabras que un niño pequeño logre entender. Cuando no es posible ofrecer una explicación y la madre se encuentra ausente para tener un nuevo hijo, está muerta desde el punto de vista del pequeño. Ese es el significado de muerta. Es una cuestión de días, horas o minutos. Antes de llegar al límite la madre sigue viva; después de superarlo está muerta. Entre uno y otro momento hay un precioso instante de ira, pero se pierde muy pronto, o quizá nunca se lo experimenta, siempre existe en potencia y alberga el temor a la violencia. De aquí llegamos a los dos extremos, tan distintos entre sí: la muerte de la madre cuando se halla presente, y su muerte cuando no puede reaparecer y por lo tanto volver a vivir (40-41) [17].

“Esto se relaciona con el momento anterior a aquel en que el niño logró la capacidad de dar vida a las personas en la realidad psíquica interna, lejos de la tranquilidad de ver, sentir, oler. Se puede decir que la infancia de esta paciente fue un gran ejercicio, precisamente en esa zona. Por consiguiente, mi paciente llegó a la situación, que también aparece

en la transferencia, en que lo único real es la brecha, es decir, la muerte, la ausencia o la amnesia”(41) [17].

Mi paciente recordó que en el consultorio hay una manta en la cual una vez se envolvió y que usó para un episodio regresivo durante una sesión analítica. En la actualidad no va a buscarla ni la usa. Ocurre que la manta que no existe (porque ella no va a buscarla) es más real que la que podría llevarle el analista, como en verdad tuvo la idea de hacerlo. Las reflexiones al respecto la enfrentan a la ausencia de la manta, o quizá sería mejor decir a la irrealidad de esta en su significado simbólico. A partir de ahí hubo un desarrollo en términos de la idea de los símbolos. El último de sus analistas anteriores “será siempre más importante para mí que mi analista actual.- Y agregó: puede que usted me haga bien, pero él me gusta más. Y eso seguirá siendo así cuando me haya olvidado de él por completo. “Lo negativo de él es más real que lo positivo de usted” (41-42) [17].

2. Es un resto del self de la madre que se encuentra cayendo. Dispersión de los agentes responsables. 2.1 La mamá con cuerpo sano si la enfermedad estaba en la hija. **2.2** El caso de una gemela débil y otra fuerte.

2.1 Caso La mamá con cuerpo sano si la enfermedad estaba en la hija.

La niña era analizada por Winnicott y no se había dado cuenta que la escisión intrapsíquica se localizaba en la madre y la colitis la padecía la hija, de forma que cuando a los 8 años de edad se mejoró y se autorizó que regresara a la escuela, la madre no lo toleró e interrumpió inesperadamente el tratamiento.

me enteré entonces de que la madre tenía también ocho años cuando se negó a seguir concurriendo a la escuela, lo cual, a su turno, se vinculaba con la psicopatología de su propia madre. No podía permitir, aunque era inconciente de esto, que su hija -quien estaba destinada a vivir de nuevo su propia vida- se saliera de la pauta (138)[1].

“La madre podría tener el cuerpo sano en la medida en que la enfermedad estuviese en su hija”(139)[1]. Winnicott explica:

Mi error fue tratar a la niña siendo que la enfermedad se hallaba en la madre, e incluía la esencial disociación psicosomática que es el tema de este trabajo. No es que yo me desinteresase de la psicopatología de la madre, conocida por su hija y que fue todo el tiempo un elemento importante en el trabajo que hicimos esta y yo; pero olvidé la poderosísima necesidad inconsciente que existe en una madre de

esta índole de diseminar la responsabilidad entre varios agentes y mantener el *status quo*, del cual en este caso la enfermedad somática de la niña formaba parte integral (138-139)[1].

2.2 El caso de una gemela débil y otra fuerte. Como su hermana gemela era la más débil de las dos, la madre se volcó en ella, alimentándola, cuidándola, incluso llevándose-la a su cama, mientras que a la paciente de Winnicott, por ser grande y fuerte, la entregó a una niñera. Ésta era la reconstrucción consciente. Llegó con Winnicott desde un hospital psiquiátrico. Sus primeros 20 años de vida hizo un ajuste sobre la base del sometimiento. Después se derrumbó y empezó una larga búsqueda de su propio ser, así como una relación con el mundo que le pareciese real. Huelga decir que no sabía lo que estaba buscando y, en una fase de desesperación, se le desarrolló una artritis reumatoide. El self de la paciente se centraba en el self escindido de una madre que estaba siempre existencialmente cayendo. Durante la psicoterapia psicoanalítica, si Winnicott no era quien le daba el acceso al consultorio, ella hubiese venido, hablado y se hubiera ido, pero sin la impresión de haberse encontrado. En la facilitación del proceso de la psicoterapia fue pasando por una experiencia esencial, perteneciente a la infancia. En este caso hay un fuerte elemento regresivo, ya que el trauma principal estaba relacionado más con la primera infancia que con la niñez, a saber, un largo período de rígido control a cargo de una niñera impredecible. La paciente se encontraba reparando el self escindido de la madre siempre cayendo [18].

3. Algo que debió de haber ocurrido no ocurrió. La madre que ya no se hace presente. Se trata de una mujer con variedades de pruritos en la piel: unos espontáneos y otros producidos o intensificados por la forma en que se rascaba. Eran procedimientos para mantenerse en su propio cuerpo-soma (145)[1]. Adoptó una técnica de descanso en la cual no descansaba nunca. Estando en la cama nunca permanecía quieta; tampoco boca arriba debido a una dificultad para respirar porque fumaba excesivamente. El gran no-suceso de cada sesión era que no podía gritar. Recordó a los 4 años la última vez que gritó y su madre ya no llegó. Algo que debió de haber pasado, la presencia de la madre con su grito, ya no sucedió. El grito que esta anhelando es su último grito antes de perder la esperanza. El ambiente se cayó cuando su grito no trajo a su madre. Desesperanza [1].

CLÍNICA DE NUCLEO DE DESESPERANZA O MIEDO AL DERRUMBE

Estoy ya en condiciones de enunciar mi principal afirmación, que resulta muy simple. Sostengo que el miedo clínico al derrumbe es *el miedo a un derrumbe ya experimentado*. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como un síndrome mórbido. Esta idea puede serle o no de utilidad inmediata para el clínico. No podemos apresurar a nuestros pacientes. Sin embargo, podemos detener su avance a raíz de una ignorancia genuina; cualquier pequeño fragmento de comprensión tal vez nos ayuda a mantener el ritmo de las necesidades de un paciente (115) [19].

De acuerdo con mi experiencia, hay momentos en que el paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el cual está destruyendo su vida, *ya tuvo lugar*. Es un hecho escondido en el inconsciente, que se lleva de aquí para allá. En este caso el inconsciente no es el inconsciente reprimido de la psiconeurosis, ni el inconsciente de la formulación freudiana acerca de esa parte de la psique que está muy próxima al funcionamiento neurofisiológico. Tampoco es el inconsciente de Jung, que yo designaría así: todas las cosas que pasan en cavernas subterráneas, o (en otras palabras) la mitología del mundo, donde se produce una connivencia entre las realidades psíquicas internas del individuo y de la madre. En este contexto particular, inconsciente significa que la integración yoica no es capaz de abarcar algo. El yo es demasiado inmaduro como para recoger todos los fenómenos dentro del ámbito de la omnipotencia personal.

1 D. Caso de Leonardo: el centro del self se localiza en el pensamiento catalogador.

Leonardo llega a consulta a sus 22 años de edad, explica que tiene “el tiempo atorado”. Decidió cambiarse de la preparatoria presencial, al sistema abierto, una idea que no resultó como él la pensaba; tenía problemas de sueño desde la secundaria, es decir, dormía mejor en el día, se dormía a las tres o cuatro de la madrugada. Le quedan unas materias pendientes de la preparatoria; empezó a dejar pasar el tiempo, él tenía sus ideas de por qué no lo había hecho, ideas que iría explicando a lo largo de la psicoterapia psicoanalítica. “Lo que a mí me cuesta trabajo no es acomodar mis tiempos, no sé por qué decidí dejarla, me da miedo tener que elegir”. Su mamá le dice que se concentra en las cosas que según él ha fracasado. Se considera analítico, maduro, ha sido autodidacta. Mantiene todo el tiempo una forma de autoobservación, ha elaborado sus propias teorías para explicar su aislamiento y en general sus conductas; cuenta con toda una teoría elaborada sobre su persona y sobre su vida. Es decir la mente en vez de ayudar en dar continuidad a la variabilidad psique-soma, se encuentra haciendo psique. En la segunda se-

sión quiere colocar una grabadora para después poder volver a escuchar la sesión cuando él lo decida; ¿la mente (grabadora) haciendo psique (terapia)?, y ¿el cuerpo dónde se encuentra? En la tercera sesión me dice que quiere empezar sabiendo todo y me explica todo lo que ha leído de psicoanálisis; le gusta leer, no hay límites, le ha interesado ir a esos límites. Siempre se ha sentido raro. Siente que los demás no lo comprenden y no le captan cosas.

2 D. El centro del self se localiza en la organización depresiva de la madre. Caso de Mariana con diagnóstico de TDA. La madre siempre enojada y regañando a Mariana, ahora con 10 años de edad. Ahí donde la madre dice que se lleva mal con su hija, Mariana, en la lentificación al realizar sus tareas, a veces hasta la una de la madrugada, en busca de un gesto inconsciente que ubique a su madre. Tantas horas lastimosamente juntas. No pudiendo estar ni juntas ni separadas. La madre confiesa a la investigadora algo que nunca le había confesado a nadie: “Soy la menopausia de mi mamá, mi madre le dijo a mi padre que ya estaba cansada (de tantos hijos) y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mi”. Un gesto de Mariana a los 4 meses de nacida, la madre lo interpreta como desprecio. El desprecio de su madre al nacer. La madre le deja de hablar a Mariana. A quien le habla es a su madre, abuela de Mariana, despreciándola como fue despreciada. En la UCIN, recién nacida, la madre preocupada. El ambiente se cae cuando la madre le deja de hablar a la bebé de 4 meses [20].

EL ODIO Y LA TRANSFERENCIA DELUSIONAL

La duda de la fase de sostén corresponde a la localización del peligro, del enemigo en la fase depresiva (145) [1]. Al enemigo, al extraño a quien es capaz de odiar.

En la salud durante la fase de integración-nointegración al irse estableciendo el círculo benigno entre la tensión-gratificación, duda y esta relajado estando no integrado. Duda porque cuando regresa nunca es el mismo lugar del que partió [21]. Círculo benigno que facilita el uso del padre. En la fase depresiva al colocar el objeto fuera del área del control omnipotente, del self, organiza una situación paranoica en la que puede localizar el peligro.

La desilusión o el derrumbe ocurrido de manera súbita, prolongada, impredecible, de las Clínicas de las Agonías primitivas ocurrieron antes de haber logrado organizar al enemigo, antes de la capacidad de odiar o de poder sostener esta capacidad. El odio que se experimenta hacia el objeto bueno en la transferencia delusional, no se experimenta como odio, sino en forma delirante, como ser odiado por el analista(180)[6].

Se puede concluir que no termina de sorprendernos las aportaciones que realiza Winnicott al estudio del narcisismo primitivo en el Desarrollo emocional primitivo y su aplicación a la Clínica de las agonías primitivas para comprender por qué los bebés se enferman y los casos de no-psicosis, como en un principio los llamó, y después como borderline, y que en este trabajo distinguimos, de las 4 agonías primitivas que estudia Winnicott, entre Caer permanentemente y el Miedo al derrumbe.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] WINNICOTT, D.W. (1964 y 1969). El trastorno psicossomático. I. Aspectos positivos y negativos. 1964. II. Nota adicional sobre el trastorno psicossomático, 1969. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [2] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [3] WINNICOTT, D.W.(1968). Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contraste. Los bebés y sus madres. México, Paidós, 1990.
- [4] WINNICOTT, D.W. (1950, 1957). Saber y aprender. Los bebés y sus madres. México, Paidós, 1990.
- [5] WINNICOTT, D.W.(1956). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [6] WINNICOTT, D.W. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [7] WINNICOTT, D.W. La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso 1960. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [8] BAREIRO, JULIETA (2019). Winnicott y Heidegger: hacia una metapsicología de la transicionalidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2019.
- [9] WINNICOTT, D.W. (1949). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [10] FREGE, GOTTLOB (1918-1919). El pensamiento. Una investigación lógica. En: Escritos lógico-filosóficos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colihue, 2017.
- [11] WINNICOTT, D.W. (1969). Sobre el uso de un objeto. VII. El uso de un objeto en Moisés y la religión monoteísta. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [12] WINNICOTT, D.W. La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso 1960. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [13] WINNICOTT, D.W. (1970). Sobre las bases del self en el cuerpo. Exploracio-

nes psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[14] WINNICOTT, D.W. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Buenos Aires: Hormé, 1993.

[15] RABADÁN, F.C. Anatomía del odio. A cuerpo abierto. Clínica Psicoanalítica de las adicciones. Letra en Psicoanálisis, LeP. Vol. 1-1, julio-diciembre, 2015.

[16] KHAN, R. MASUD, M. 1979). Reparation to the self as an idolized internal object. Alienation in perversions. New York: Karnac Books, 2018.

[17] WINNICOTT, D.W. (1958). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. Realidad y juego, (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

[18] WINNICOTT, D.W. (1948). Pediatría y psiquiatría. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[19] WINNICOTT, D.W. (1963). El miedo al derrumbe. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[20] ESPARZA, E.M. (2015). Los síntomas del TDAH, solo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. Tesis doctorado: CiES.

[21] WINNICOTT, D.W. (1954). La Naturaleza Humana. Buenos Aires, Paidós, 1993.

EN LA INTERDISCIPLINA

DUELO Y RECHAZO MATERNO EN UNA PACIENTE CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

MARIBEL GARCÍA LÓPEZ

Lic. en administración por la UNAM. Lic. en Psicología y Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica con niños, púberes y adolescentes por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES. Experiencia en el departamento de atención a víctimas de delitos sexuales de la PGJ. Diplomados en Tanatología, Acompañamiento Terapéutico o Maestro Sombra. Derecho familiar entre otros. Apoyo al grupo "Nueva vida" Tulyehualco 4 y 5 paso. Consulta particular.

Recepción: 24 de mayo 2022/ Aceptación: 04 de diciembre de 2022

RESUMEN

En el siguiente artículo se presenta la viñeta clínica de una paciente con discapacidad auditiva, específicamente, con hipoacusia. Con el objetivo de realizar una interpretación psicoanalítica de las vicisitudes que atravesó la paciente, a partir del rechazo de su madre desde el momento de su nacimiento, así como los diferentes duelos que acontecieron en la historia de vida; la pérdida de la audición, la muerte de su madre, su abuela y su tía. Para los fines de ésta investigación surgen las preguntas: ¿Cuál es la importancia de la mirada materna en una persona con discapacidad auditiva? y ¿Cuál es el impacto en la subjetividad, después de transitar por una serie de duelos consecutivos? Para contestar estas preguntas se hace una revisión teórica sobre los temas del duelo y algunas nociones del vínculo materno.

PALABRAS CLAVE: duelo, mirada, rechazo, madre, psicoanálisis.

SUMMARY

The following article presents the clinical vignette of a patient with hearing impairment, specifically, with hearing loss. With the objective of making a psychoanalytic interpretation of the vicissitudes that the patient went through, from the rejection of her mother from the moment of her birth, as well as the different duels that occurred in her life history; hearing loss, the death of her mother, her grandmother and her aunt. For the purposes of this research, the questions arise: What is the importance of the maternal gaze in a person with

hearing impairment? And what is the impact on subjectivity, after going through a series of consecutive duels? To answer these questions, a theoretical review is made on the themes of mourning and some notions of the maternal bond.

KEY WORDS: grief, gaze, rejection, mother, psychoanalysis

RÉSUMÉ

L'article suivant présente la vignette clinique d'un patient ayant une déficience auditive, plus précisément, avec une perte auditive. Dans le but de faire une interprétation psychanalytique des vicissitudes traversées par la patiente, depuis le rejet de sa mère dès sa naissance, ainsi que les différents duels qui se sont déroulés dans son histoire de vie; déficience auditive, la mort de sa mère, sa grand-mère et sa tante. Pour les besoins de cette recherche, les questions posent: quelle est l'importance du regard maternel chez une personne malentendante? Et quel est l'impact sur la subjectivité, après avoir traversé une série de duels consécutifs? Pour répondre à ces questions, un rappel théorique est fait sur les thèmes du deuil et quelques notions du lien maternel.

MOTS CLÉS : deuil, regard, rejet, mère, psychanalyse

INTRODUCCIÓN

Las pérdidas son inevitables para el ser humano pues a lo largo de su existencia se producirán, son parte de este camino –llamado vida– desde el nacimiento. Si en el transcurso de la vida tenemos pérdidas evolutivas, como las que se encuentran relacionadas con los cambios en las etapas del desarrollo (niñez, adolescencia, vejez, entre otros); así como pérdida de capacidades; ya sean mentales y/o físicas, o bien pérdidas relacionales, en las que se pierde a un ser querido (separación, divorcio, muerte); todo individuo se confronta a un duelo que implica malestar y sufrimiento psíquico. No obstante el duelo será necesario para lograr separarse de lo que se pierde o ama, y de éste modo disminuir y elaborar el dolor psíquico para alcanzar cierto bienestar. En el presente escrito, se muestran los efectos de una serie de pérdidas consecutivas, en una paciente con hipocusia, tanto de la pérdida de la disminución de la capacidad auditiva, como la pérdida de personas amadas y significativas en su vida.

Por otra parte, “El hombre es un ser social por naturaleza”, es frase del filósofo Aristóteles (384-322, a. de C.) para constatar que nacemos con una característica social, misma que vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida, ya que necesitamos de otros para sobre-

vivir. Según Aristóteles se “es” en tanto se “co-es”. Es decir, que el ser está integrado a lo social desde que se nace, siempre habrá una coexistencia entre lo individual y social.

El ser social, no es por elección, sino por necesidad. Esto porque sin la colaboración de otros no se podría sobrevivir. Entonces cuando nacemos se necesita del cuidado de una madre o de alguien que haga esa función, alguien que cubra las necesidades de alimentación, cuidado y afecto. Asimismo gracias a la función materna primordialmente o en su caso de un cuidador, se aprende muchas cosas, como es: comer, hablar y socializar.

Lo que queremos resaltar con lo anterior, es que hay una persona que nos mira y a la cual miramos, y que desde que nacemos necesitamos de otro que nos mire y que podamos mirar para aprender de ese otro. Es así que los seres humanos, nacemos como seres sociales y dependemos en un inicio de la madre (principalmente) para desarrollarnos, crecer, aprender, comunicarnos, etc.

De acuerdo con lo anterior, la relevancia de este trabajo consiste en aportar a la clínica, mayor comprensión en la falta de sostén materno, a través de una viñeta clínica que aquí se presenta, más particularmente, se muestra la falta de la mirada materna que subyace de un rechazo hacia la paciente. Para ello iniciaremos con una breve explicación médica de la hipoacusia, para después abordar el caso clínico desde la teoría.

HIPOACUSIA

¿Qué es la hipoacusia? es una disminución de la sensibilidad auditiva que afecta al oído y que puede presentarse de manera unilateral, cuando afecta un solo oído; o bilateral, en caso de que afecte ambos. ¿Cuáles son los tipos de hipoacusia o sordera?

Hipoacusia conductiva, se produce cuando algo impide que las ondas sonoras pasen al oído interno a través del oído externo y medio. Puede darse porque los 3 minúsculos huesos del oído, que no están conduciendo el sonido apropiadamente. El tímpano no está vibrando en respuesta al sonido.

En cuanto a los tipos, pueden presentarse:

Hipoacusia neurosensorial: el problema reside en los órganos del oído interno, vinculados directamente al sistema nervioso. Es un tipo de pérdida de la audición que ocurre por daño al oído interno, al nervio que va del oído al cerebro (nervio auditivo), para que este comprenda lo que se está escuchando, es decir, la manera de entender correctamente los

sonidos que se presentan de forma externa en el medio ambiente y que llegan codificados para su reconocimiento y comprensión.

Hipoacusia conductiva: la lesión se encuentra en el oído externo o en el oído medio, lo que impide detectar sonidos que provienen del exterior.

Hipoacusia mixta: Es una combinación de la hipoacusia conductiva y la neurosensorial, lo que implica que hay daños tanto en el oído externo o medio como en el oído interno. Las personas afectadas oyen los sonidos más bajos de volumen y les cuesta más entenderlos. Para más información sobre la hipoacusia [1].

CASO CLÍNICO

La genealogía de la paciente, para hacer referencia desde un origen al cual ella tiene acceso, es la siguiente: viene de una familia de sordos en su mayoría, su bis abuela fue la primera con hipoacusia de la que tiene conocimiento, tuvo 5 hijos sordos; 3 hombres y 2 mujeres, los tíos abuelos hombres que tuvieron hijos, fueron oyentes (palabra con la que ellos hacen referencia a la persona que escucha), de las dos mujeres, su tía abuela fue sorda y su abuela con hipoacusia al igual que su madre. En este caso el predominio de la sordera o hipoacusia es en las mujeres.

Al ser una familia en su mayoría sorda, la paciente tuvo que atravesar desde su nacimiento por varias situaciones: la primera importante, es el rechazo de su madre, en parte por una depresión posparto, posiblemente derivada de la pérdida de su pareja, quien al enterarse de la existencia de la paciente a la que llamaremos Soledad, abandona a la madre, la cual llamaremos Olivia y a su abuela Sofía.

La siguiente situación, es el deterioro gradual de la audición por una discapacidad auditiva, en su caso hipoacusia, que se presenta aproximadamente a los 15 años, esta condición era inevitable por razón genética. Clínicamente su diagnóstico es llamado por el especialista como hipoacusia bilateral degenerativa autosómica que por lo general se desarrolla en el salto que se da de la niñez a la adolescencia. Soledad conserva parte de la audición, es decir, tiene aún el 60% de lado derecho y un 70% del izquierdo, a lo que refiere que escucha sonidos por ejemplo; de la sirena de una ambulancia o el ladrido de un perro, pero cuando le hablan no comprende lo que le dicen, es como si hablaran en otro idioma, pues no alcanza a comprender lo que le dicen.

Siendo hija única y sin la presencia de un padre, su madre fallece después de seis meses de habersele detectado cáncer cervicouterino, puesto que además de los tumores en la matriz ya tenía metástasis en el cerebro y en los huesos.

Los acontecimientos de las muertes por orden cronológico son los siguientes: su abuela muere cuando ella tenía 3 años, su madre cuando ella tenía 16 años y su tía cuando tenía 26 años. Esta última representaba una figura materna para ella. En el transcurso de las sesiones habla de cómo han sido sus experiencias y cuáles han sido los cambios en su vida. Actualmente es maestra de nivel primaria, con alumnos y profesores sordos. Es una persona que tiene fluidez al hablar, porque nace oyente; aunque se le debe hablar de frente, porque como se mencionó, su condición de hipoacusia ya no le permite comprender lo que escucha, por tanto para poder comunicarse, ella debe observar el movimiento de los labios.

Soledad nace cuando su madre tiene 27 años y su padre de 22 años, quien desaparece al poco tiempo de saber de su existencia. Refiere que su madre era de carácter fuerte, violento, y con depresión por el abandono de su pareja. Al nacer Soledad, su madre se vuelve más enérgica e intolerante, tanto, que aún con el apoyo y el amor de su familia, ella no se permitió disfrutar de la etapa en gestación. Cito:

“Si tenía un antojo de algo, nunca se lo concedió a sí misma, se molestó, se castigó, estaba muy enojada con ella y con lo que pasó, todo eso se le junto”.

Olivia le hace saber a Sofía su decisión de “abortar” cuando ya tenía 5 meses de embarazo, decisión que no puede cumplir, por el miedo que ejerce la doctora al explicarle el procedimiento y los posibles riesgos que conlleva un aborto en el tiempo que se pretende realizar. Una vez declinada la opción del aborto, Sofía solía preguntar a Olivia sobre el estado de su embarazo, saber si se movía el bebé o si tenía algún dolor, malestar o incomodidad, a lo que ella respondía con indiferencia y despreocupación, dado que no tuvo un cuidado prenatal en todo su embarazo. A las 41 o 42 semanas de gestación, la obligan a ir al doctor para saber si el bebé aún estaba vivo, porque no se movía, no había dolores, no se le rompía la fuente o había señales de que fuera a nacer el bebé. Al estar en el hospital le hacen un ultrasonido y le mencionan que no se detectan latidos del corazón o signos de vida, así que la ingresan a quirófano para hacer el procedimiento necesario, donde confirman que la bebé está viva y en buenas condiciones, solo que estaba muy arrinconada, como escondida en el interior de la madre.

Lo que acontece estando la madre ya en recuperación es:

Mi tía dice, ahora ya puedo ponerle nombre a la reacción de mi mamá...la enfermera entra atrás del Dr. conmigo en brazos y le dicen a mi mamá, felicidades, ya nació, está bien y es niña...entonces, lo que mi mamá hace, es agarrar la sabana, taparse y voltearse, ¡no me quería!, porque yo le recordaba a mi papá, no me quiso cargar, la que me cargo fue mi tía... aún en casa, no me cargada se la pasaba durmiendo o llorando.

Por ello, su abuela y su tía eran las que la cuidaban y la alimentaban por medio de biberón. Una vez pasada la cuarentena:

Mi abuela pone en su lugar a mi mamá con una cachetada, y le dice a mi madre, ya cuida a tu hija, ella me empieza a cuidar de mala gana, no porque en realidad me quisiera.

Olivia tenía la habilidad de hablar y también de leer los labios, aun así, Soledad, hace referencia de:

No me hablaba mi mamá, por eso yo creo que aprendí a hablar rápido, y a caminar rápido, yo creo que por sobrevivencia, ahora lo veo así.

ANÁLISIS DEL CASO A PARTIR DE LA TEORÍA

El interés de abordar el caso de Soledad desde la perspectiva psicoanalítica, surge de la necesidad de acercar esta teoría, como apoyo y complemento al tratamiento que recibió de una terapia cognitivo conductual, experiencia que a su decir, fue satisfactoria. Ahora el observar desde un enfoque psicoanalítico, se pretende aportar una mayor comprensión al impacto de las vicisitudes que atravesó Soledad, a razón del rechazo de su madre, y de los duelos que han acontecido en su historia de vida.

Freud en su Libro: "Tres ensayos para una teoría sexual" de 1905 [2], elabora un primer pensamiento acerca de la importancia de la mirada de la madre, que en un primer momento describe como "contemplación", que se basa en buena medida en la imaginación. Soledad al no ser contemplada por su madre, dado que se cubre con una sábana y gira el rostro para no ver a su hija; no hubo una primera mirada, más que de su abuela y su tía, las cuales quedan en un inicio al cuidado de ella. Por lo que esa falta de contemplación, falta asumida por otro, que no es la madre, sustituye el sostén que ella necesitaba. Sos-

tén auxiliar que de alguna manera ayudó a Soledad en el proceso de reconstrucción del objeto.

Continuando con la mirada “la impresión óptica sigue siendo el camino a través del cual más a menudo se despierta el apego libidinal” [2] (142); el cual se desarrolla por medio de esa mirada del otro. Soledad no mostraba afecto por su madre, solo por su abuela y tía. Soledad en lugar de recibir de su madre una mirada de amor, recibió una mirada de rechazo.

“yo veía a mi madre y siempre la recuerdo enojada, por todo se molestaba conmigo, me pegaba todo el tiempo, no la recuerdo que me haya cargado, dicho te quiero o mostrarme una mirada o palabra de amor”.

La “mirada” es para Freud, incluso antes del “tocamiento”, la vía principal que conecta la dimensión estética con la imaginación erótica [2] [142].

Para las personas con alguna discapacidad, como en este caso, la mirada es la experiencia fundamental de la comunicación, es conocimiento del otro, del otro como sujeto. Ante la ausencia de la voz, la mirada es la presencia de la otra subjetividad en su vida. Es una relación entre dos personas y en primera instancia es con la madre. Pero Soledad recuerda que su madre, no jugaba con ella, no le hablaba, no tenía comunicación, prefería estar trabajando para no estar en casa viéndola.

El hablar de una madre y su bebé, es hablar de los lazos afectivos que se pueden presentar. Nos parecen útiles las aportaciones que Winnicott propone respecto a conceptos, como la madre suficientemente buena, madre corriente devota, espacio potencial, ambiente facilitador, preocupación maternal primaria, en relación al rol de la madre. Winnicott en [3] explica, que es desde un ambiente facilitador o no, que se van a experimentar varios aspectos en el desarrollo del niño, de ahí que es importante, abordar los primeros vínculos y los primeros objetos. Winnicott siguiendo la obra de Melanie Klein, señala que la capacidad para estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo, o sea de su interiorización; lo que genera que se sienta seguro y satisfecho, incluso en la ausencia temporal de objetos y estímulos externos. Este medio ambiente interiorizado, es algo más primitivo que el fenómeno denominado “madre introyectada”.

Soledad careció de un ambiente facilitador suficientemente bueno, aspecto que repercutió en su desarrollo; la falta de estímulos afectó su desarrollo motriz. Estudios que le realiza-

ron en el hospital de comunicación humana, lugar donde acudió a tomar terapia, mostraron deficiencias en su motricidad. En el hospital se le informa a la madre, que por falta de estimulación y negligencia de cuidados, Soledad necesita tomar terapia logopedia; ahí la ponen a gatear, a realizar ejercicios de psicomotricidad fina y gruesa, entre otras cosas.

Las funciones maternas ejercen la representación del ambiente facilitador (suficientemente bueno) y establecen un básico estado de confianza que determina el adecuado desarrollo emocional del bebé. Mediante estas funciones la madre provee al bebé de la suficiente confianza, seguridad, tranquilidad y estabilidad para sus logros madurativos. La constancia en el cuidado materno permite la continuidad existencial del bebé y su ingreso en el mundo de forma gradual y bien temperado [3] (404).

Para Soledad la falta de un ambiente facilitador, vale decir, una madre que no provee confianza, seguridad y estabilidad para lograr los procesos de maduración, ocasionaron un desfase en su vida, que sólo con la terapia se logró contrarrestar, y de este modo superar las deficiencias que presentaba al hablar.

El concepto de madre suficientemente buena, es uno de los puntos fuertes de la teoría de Winnicott. Es una función materna asociada a la preocupación maternal primaria y la madre devota corriente. Con esta expresión describe a la madre «común y corriente» capaz de acomodarse a las necesidades del bebé: la madre que satisface las necesidades elementales del bebé en su estado de dependencia absoluta. Una madre que tiene una capacidad de realizar una adaptación activa, viva y sensible a las necesidades de su hijo; una madre dedicada a la crianza de su hijo. La madre que falla de un modo confiable; no de forma caótica [3] (591).

Así pues, cuando fue bebé Soledad no se cubrieron satisfactoriamente sus necesidades, en otras palabras, Olivia no fue una madre lo suficientemente buena.

Freud [4] introdujo la expresión «pulsiones yoicas», las que identificó por una parte, con las pulsiones de autoconservación y por otra, con la función represora, que hacen referencia al conjunto de las necesidades ligadas a las funciones corporales que se precisan para la conservación de la vida del individuo. En las pulsiones de autoconservación en la cual entra la micción y defecación hay un aspecto importante en el caso de Soledad, ya que aun cuando ella controló esfínteres a una edad muy temprana, tuvo problemas de enuresis nocturna de los 5 a los 8 años de edad.

Si se habla de la función corporal, ésta tiene gran importancia en la relación de la madre con el hijo. Anzieu [5] describe que la carencia de caricias y cuidados maternos sería equivalente a una prohibición excesiva, violenta y prematura al cuerpo del otro. La prohibición primaria del tocar se opone especialmente a la pulsión de apego o de agarramiento, y es señalada al niño por la madre, con la forma activa de un distanciamiento físico; depositándolo en la cuna se aleja de él, lo aleja de ella retirándolo del pecho, apartándolo de su rostro que el niño intenta agarrar. Es función de la madre brindar al niño una experiencia de envoltura. Esta envoltura además de proveer calor, alimento, caricias, blandura y todo tipo de cuidados, debe también emitir señales y saber interpretar las señales que emite el niño, acompañando de ternura y amor la provisión relacionada con sus necesidades. Si esto no ocurre, la envoltura que debería favorecer el desarrollo y bienestar, se transforman en sufrimiento. Algo parecido es lo que le ocurrió a Soledad, ella expresaba sufrimiento a través de un aislamiento social, aislamiento que le llevó a refugiarse en un grupo religioso, lugar donde la utilizan para atraer adeptos con la misma discapacidad o para hacer trabajos de enseñanza en la correcta signación de la lengua de señas; asimismo en su afán de aislarse, se negó a tener una relación de pareja por muchos años y ha no desarrollarse profesionalmente, pues es hasta ahora que se desempeña como maestra, pero sobretodo ella mantuvo un desapego emocional en el vínculo con su madre; sólo aconteció una posible responsabilidad al saber de la enfermedad de su madre y el cuidado en su etapa final de cáncer, toda vez que Olivia no le brindó esa envoltura tan indispensable en su desarrollado que le habría procurado un mayor bienestar. Pues aun cuando si recibió de la abuela y tía cuidados acompañados de afecto y ternura, la carencia afectiva de su madre le hizo falta al expresarlo en la terapia.

Ahora bien, en relación a cómo ha llevado los duelos por las pérdidas acontecidas, Soledad comenta que presentó los primeros síntomas de hipoacusia cuando estaba en la secundaria:

En la secundaria una ocasión dicen: saquen su cuaderno porque les voy hacer dictado. Yo me sentada hasta el final...bueno hacen el dictado y no entiendo lo que dicen y así entrego mi hoja. Pero aún no comprendía el motivo, no lo tenía concientizado, ya anteriormente me había dolido la cabeza, pero el médico dijo que era migraña y me mando medicamento. En otra ocasión, no sólo fue el dolor de cabeza, sino que empecé con vómitos y fue cuando ya mi madre se ocupó y me llevo al doctor, me mandan hacer estudios y determinan que tengo principios de hipoacusia

y que a los 20 años aproximadamente, ya mi situación sería que no escuchara al cien por ciento, de ahí me mandan a rehabilitación del lenguaje y a motricidad.

En ese momento, se refleja la falta de estimulación e información que no tuvo en la niñez, es hasta ese tiempo donde conoce la existencia de todos los miembros oyentes, sordos y con hipoacusia en la familia, por medio de la historia familiar que su madre le relata a la dependencia donde la refieren.

Así, al enterarse que iba a perder la audición, en un inicio no lo quiere y puede aceptar. Pero un día acude a una tienda y el tendero le decía cosas que no alcanzaba a entender, en tanto ella observaba la cara del tendero molesto, por lo que le contestó enojada *“no le escucho, soy sorda”*, tal afirmación de su condición, fue impactante para Soledad: *“cuando lo dije, jeso fue duro para mí”*

En el texto "Duelo y melancolía" [6] se entiende el duelo como una reacción ante la pérdida de una persona querida, o una abstracción equivalente. Freud va más allá, al considerar no sólo al duelo como consecuencia de haber perdido algo tangible, sino que lo relaciona también con la pérdida de ideales o ideas que uno presupone. En el caso de Soledad, ella hace un movimiento psíquico cuando se encontraba con el tendero; y es que, en sus palabras: *“caí en cuenta que ya no escuchaba”*. Es ahí donde da cabida a la aceptación del deterioro gradual de la audición.

Con las aportaciones de J. Lacan [7] comprendemos, cómo esta falta o agujero en lo real, movilizará todo un orden simbólico que da lugar a una recomposición de significantes, en la medida en que el sujeto afronta la pérdida. Para Soledad fue “muy duro” afrontar su condición de discapacidad, dar cuenta de la pérdida gradual de su audición, la hizo sentirse avergonzada, rechazada y menospreciada.

El duelo desencadena respuestas de tipo emocional y comportamental, de tal forma que genera un proceso que se prolongará el tiempo necesario para elaborar la falta; estar en duelo supone localizar la falta en uno mismo, saber qué se nos ha perdido a través de la falta que ha devenido; sólo de ésta manera se puede aceptar la pérdida y no renegarla. Es así que a Soledad le costó mucho tiempo asumir su hipoacusia, ya que su condición estaba en una situación intermedia, o sea, entre no ser en su totalidad sorda, pero tampoco oyente al cien por ciento.

El duelo está íntimamente ligado al sufrimiento psíquico. Concierno a todos los seres humanos. No obstante a su universalidad, los sentimientos del duelo, a veces no son expre-

sados ni reconocidos como tales; sin embargo, el duelo es necesario para poder continuar viviendo, para lograr separarse de lo que se pierde o ama, para recobrar la libertad de funcionamiento, en todo caso disminuir el dolor psíquico. El trabajo de duelo, supone una elaboración intrapsíquica y a pesar de ser doloroso, es indispensable y casi obligatorio para el posterior bienestar del psiquismo humano. Es por ello que cuando muere la madre de Soledad, además de lo que le significa esta pérdida, hay un surgimiento de sentimientos que reviven el dolor y sufrimiento que se tuvo ante la muerte de su tía y abuela, cada pérdida evoca una anterior.

“Sentí más la pérdida de mi tía que la de mi madre”.

M. Klein [8] menciona la hipótesis de que todo duelo reactiva duelos infantiles tempranísimos y conmueve toda la estructura psíquica.

Soledad además de los duelos infantiles propios de la edad temprana, tuvo que transitar por la pérdida de su abuela a la edad de tres años, quien representaba una figura materna sustituta ante la falta de sostén de su madre. Al ser esto así, cada duelo posterior reactivó esa pérdida temprana significativa.

Klein [8] señala, que la introyección del objeto total en la posición depresiva, es condición indispensable para la elaboración de pérdidas posteriores. El duelo como pérdida real reedita la pérdida fantaseada de los objetos primarios. Es posible que Soledad no haya logrado introyectar el objeto total en la posición depresiva, dada la mala relación que mantuvo con su madre, lo que de alguna forma puedo inferir una dificultad en la reelaboración de los varios duelos que atravesó, y que acaso tal complicación haya sido una de las razones de su tristeza.

Recalcati en uno de sus casos cita las palabras de su paciente: *“Por qué no me ha abandonado nunca durante todos estos años, porque no se ha acabado yendo, como ocurre con muchos recuerdos”* [9] (12). *“Trato de contestarme pensando... me he sentido muy a menudo suspendido en el vacío...y muchas veces llame para que me sostuviera”* [9] (15). Soledad al igual que el caso citado, muestra recuerdos que no son agradables, al contrario sus recuerdos son de violencia, maltrato, abandono, mismos que le dejaron un vacío en su vida y la llevaron a buscar ayuda de una terapia con enfoque conductual. Y si ahora lo consideramos desde el psicoanálisis, siguiendo al autor, podemos decir que el vacío que manifestaba Soledad se debió a esa falta de sostén de la madre.

Recalcati nos recuerda un caso comentado por Lacan: “una madre esquizofrénica siente a su propio hijo, durante todo el periodo del embarazo, como un objeto muerto, un cuerpo extraño, inerte, un cuerpo que hay que expulsar.., ninguna mano dispuesta a darle la bienvenida ningún deseo que lo aguarde” [8] (23). Algo similar le ocurrió a Soledad:

-yo no me movía, cuando fue ella al hospital el médico dice: ya nació, estaba replegada en la caja torácica por eso no se escuchaba su corazón.

-Quiero suponer que no quería salir porque no era su deseo tenerme, no me quería”.

-Mi mama...tuvo una depresión posparto y no quiso ni siquiera mirarme, se tapó la cara.

Si una madre vive la maternidad bajo el signo de la indiferencia, no contribuye a asignar el lugar simbólico para que un bebe se sienta lo suficientemente digno de amor [8].

Soledad ahora puede poner en palabras “*Ahora entiendo que mi mama no me quería, que no tuvo la oportunidad de abortar y que por ello hoy estoy aquí*”. Para el psicoanálisis es importante poner en palabras lo que se siente en el cuerpo, el pensamiento y reelaborar su presente. De suerte que hoy Soledad puede decir:

Cuando pase los 27 años, fue un logro para mí el no haber repetido el patrón de mi familia, rompí el patrón, yo no tengo una relación estable, no tengo hijos, siento que me sentiría igual que ella si me hubiera pasado lo que paso mi madre, pero hoy me siento tranquila, sé que aún me faltan algunas cosas por resolver, pero por el momento sé que he comprendido lo que me ha pasado de cierta forma.

CONCLUSIÓN

Será conveniente ir involucrando a más profesiones que intervengan de manera temprana con las personas con discapacidad auditiva, en lo social, lo familiar e individual. El problema que llegan a experimentar las personas con esta condición no es visible a simple vista, ya que todas las demás funciones están desarrolladas y la gente las llega a insultar o lastimar porque los consideran mal educados o por no hacer alguna acción esperada. Por ejemplo si la madre de Soledad pudiera haber accedido en algún momento a terapia, como se habría modificado la conducta de ella hacia su hija, después de haber experimentado también por varias pérdidas a lo largo de su vida. Ya que aunque la abuela de Soledad también vivió una situación similar su actuación fue distinta, hubo algo que la sostuvo de forma diferente. Como se mencionó esta familia viene de varias generaciones

con una situación de pérdida o falta de audición, también en el caso de Soledad se entera de como fue el trato del bisabuelo hacia su bisabuela ya que en ese tiempo era menos accesible la atención médica para detectar esta situación congénita que se estaba presentando. Es por ello que en un artículo anterior [10] se hace referencia a la importancia de que los profesionales de la salud, tanto médicos, psicólogos, maestros y la sociedad en general tengan en cuenta la importancia de acercarse a la lengua de señas mexicana, una oportunidad para la inclusión en todos los ámbitos de la sociedad para Soledad como para muchas otras personas que pueden estar pasando por esta situación y que están viviendo en aislamiento, tristeza, soledad y muchas otras situaciones emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Disponible en:<https://escucharahoraysiempre.com/que-es-la-hipoacusia-o-sordera/>
- [2] FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras. O.C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu 1976.
- [3] WINNICOTT, D. (1958). Escritos de pediatría y psicoanálisis. La capacidad de estar solo. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Argentina: Paidós 1993.
- [4] FREUD, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. O C. Tomo XIV Buenos Aires: Amorrortu 1976.
- [5] ANZIEU, D. (1994). El yo piel. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.
- [6] FREUD, S. (1917). Duelo y melancolía. O.C. Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu 1976.
- [7] LACAN, J. (1958). Seminario 6 “El deseo y su interpretación” . Consultado: 2022-01-13. Recuperado de: <http://bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-6-El-Deseo-y-su-Interpretacion-Edicion-C-ritica.pdf>
- [8] KLEIN, M. (1940-1960). El duelo y su relación con los estados maniaco- depresivos. O.C. Tomo I,II, III. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- [9] RECALCATI, M. (2018). Las manos de la madre Deseo, fantasmas y herencia de lo materno. Milán: Anagrama.
- [10] GARCÍA, M. (2021). Un Acercamiento desde la Psicología a la Lengua de Señas Mexicana (LSM) . Revista Psicomotricidad: Movimiento Y Emoción (PsiME). Vol.7, No 2, Julio-Diciembre 2021.

