

Sanar nuestros vínculos para sanar el vínculo: del león al unicornio, pasando por el mono

*Healing our bonds to heal the bond: from the lion
through the monkey to the unicorn*

Camille Noël^a, Emmanuelle Lempereur^b, Sarah Ameyec,
Valérie Boucau^d, Bernadette Lallemand^e, Vanessa Pirlot^f,
David Van Ypersele^g y Patrick Kaisin^h

Recibido: 12/10/2022 - Aceptado: 26/01/2023

Resumen

En los últimos años, el término “incapable”, para quien no hay lugar, se utiliza cada vez más para describir a niñas, niños y jóvenes que agotan las instituciones y son zarandeados de una a otra. A partir de la presentación de la trayectoria vital y la hospitalización de una niña de 10 años con apego inseguro, desorganizado y síntomas de disociación postraumática, en el artículo se exploran los elementos que sustentaron su atención. Entre ellos, se hace especial hincapié en la importancia de los vínculos difractores y las relaciones transferenciales, tanto dentro de la unidad de atención como dentro de la institución; también se observan las vinculaciones entre estas y quienes conforman la red de la niña. Se proponen la función y el uso de determinados objetos y un modelo de coterapia por parte de un psicólogo y un fisioterapeuta. Por último, se presenta el testimonio de la niña recogido en forma de juego de arena y las reflexiones que de él se desprenden.

Palabras clave: psicoterapia institucional, psiquiatría infantil, síntomas disociativos, transferencia difractada, trastornos del apego, trauma infantil.

Abstract

In recent years, the term “unconquerable” has been increasingly used to describe a certain category of youth who wear out institutions and are tossed around from one to another. Based on the presentation of the life history and hospitalization of a 10-year-old girl with disorganized insecure attachment and symptoms of post-traumatic dissociation, the article explores the elements that supported her care. Among them, special emphasis is placed on the importance of diffractive links and transference relationships, both within the care unit, as well as within the care institution and between these and the partners of the young woman's network. The function and use of certain objects and a co-therapy model by a psychologist and a physiotherapist are proposed. Finally, the article presents the testimony of the young woman collected in the form of a sand game.

Keywords: Child psychiatry, Childhood trauma, Diffracted transference, Dissociative symptoms, Institutional psychotherapy, Reactive attachment disorders.

a Psiquiatra, jefe de unidad en La Petite Maison. Servicio de Psiquiatría Infantil, C.H.U. Saint-Pierre, Université Libre de Bruxelles, Bruselas, Bélgica (camille.noel@acis-group.org).

b Psicóloga en La Petite Maison.

c Educadora en La Petite Maison.

d Psicóloga en La Petite Maison.

e Coordinadora de formación continua en La Petite Maison.

f Responsable clínico de una unidad de La Petite Maison.

g Psicóloga en La Petite Maison.

h Responsable de la coordinación de la atención psicoeducativa en La Petite Maison, Chastre, Bélgica.

Introducción

Escapando a toda clasificación diagnóstica, el término incasable, para quien no hay lugar, se utiliza cada vez más en los últimos años para describir las múltiples realidades clínicas de niños y adolescentes que, según todos los implicados, no pueden ser comprendidos ni atendidos según una lógica única. En la encrucijada de los ámbitos de la salud mental, la discapacidad y la asistencia a la juventud, estos jóvenes escapan a los sistemas creados para atenderles dentro de cada uno de estos ámbitos, pues desafían a los equipos y parecen atrapados en un interminable “vagabundeo institucional”. Cada intento de encajarlos en una de las casillas previstas suele acabar en fracaso, en ruptura, en devolución de la “patata caliente”, confirmándoles así que no pueden crear un vínculo de apego seguro, que no merece la pena cuidarlos y que su historia será un eterno recommienzo. Esto trae como consecuencia que su autoestima se vea muy dañada y que la representación negativa del mundo se refuerce mutuamente para hacer imposible la confianza en uno mismo y en los demás, pilares esenciales de cualquier desarrollo psicoafectivo.

A falta de algo mejor, estos niños y adolescentes suelen ser remitidos a un hospital psiquiátrico como último recurso, el único lugar donde pueden ser atados, tanto literal como figuradamente. Y, sin embargo, está claro que, no más en esta caja que en otras, no pueden quedarse ni encontrar respuestas a sus búsquedas insatisfechas: ¿qué lugar hay para mí, con quién cuento, con quién puedo contar?

Cada vez más de estos jóvenes, conocidos como “inconquistables”, son derivados a las unidades de atención del hospital La Petite Maison.¹ Lo que es aún más preocupante es que, mientras que hasta hace poco estos perfiles se referían casi siempre a adolescentes, hoy está claro que cada vez más niños, a veces muy pequeños, parecen ya envueltos en una espiral de fracasos, derivaciones y rupturas que presagian su entrada en esa categoría de “inadaptables” dentro de la cual acabarán encontrando una identidad a la que se aferrarán a falta de algo mejor, en un efecto de bola de nieve del que les resultará muy difícil escapar.

En este artículo, a través de la historia de Isabelle,² una joven que fue atendida durante un año en una de nuestras unidades de atención, intentaremos describir lo que podría ser un sistema eficaz de atención y de apoyo para estos jóvenes (Kaisin et al. 2022). Comenzaremos presentando los antecedentes personales y familiares de Isabelle, así como los principales elementos de su cuadro clínico al momento de su ingreso hospitalario. A partir de aquí, y basándonos en diversos autores, desta-

1 La Petite Maison es un hospital psiquiátrico para niños y adolescentes ubicado Chastre, Bélgica.

2 Tanto el nombre como algunos elementos de la historia se han modificado deliberadamente para preservar el anonimato de la joven.

caremos los principales elementos teóricos que permiten dar cuenta, comprender y atender a estos jóvenes. A continuación, propondremos distintas modalidades y condiciones de atención a Isabelle que nos han parecido eficaces tanto para ella como para los equipos. Por último, nos pareció importante compartir el testimonio de Isabelle y dejarle la última palabra “provisional”, permitiéndole expresar cómo había vivido su hospitalización y lo que más le había ayudado, a través de un “juego de arena”, que no es más que una escenificación simbólica de su singular periplo. Todo esto con el fin de que lo relate con un máximo de libertad y limitar las apuestas transferenciales vinculadas a las relaciones vividas durante su estancia. Esta recopilación de sus experiencias fue realizada por dos psicólogos de una unidad distinta de aquella en la que se alojó.

Como explicaremos, el sistema de atención descrito en este artículo no habría sido posible sin una estrecha colaboración y confianza entre los distintos servicios e instituciones implicados. El respeto al secreto médico sobre la identidad de la persona que sirve de hilo conductor a este trabajo y la confidencialidad que ello impone nos han llevado a optar por no identificarla. No obstante, se reconoce lo valioso que ha sido para nosotros el hecho de haber podido contar con ella.

Isabelle, 10 años: una historia como tantas otras

Isabelle nació en 2011. Inmediatamente el Service de l’Aide à la Jeunesse (SAJ) le abrió un expediente. La madre es descrita como una persona muy frágil a nivel psicológico y el padre tiene un elevado consumo de alcohol y cannabis. La pareja vive en condiciones muy precarias de vivienda e ingresos, lo que no les permite garantizar ni la seguridad ni una respuesta suficiente y constante a las necesidades básicas de Isabelle. Son frecuentes las disputas entre los progenitores que pueden derivar en violencia doméstica. En estas condiciones vivió con sus padres hasta los quince meses, cuando tras el encarcelamiento de la madre y la incapacidad del padre para ocuparse de ella, el SAJ decidió ingresarla en una guardería. Permaneció en la guardería hasta los tres años, recibiendo visitas de su padre y de su madre una vez que esta salió de la cárcel.

A los tres años la SAJ decide que Isabelle debía volver con sus padres. La guardería siguió prestando apoyo en casa durante los tres primeros meses y luego pasó a manos de un equipo de SOS Children. Tenía cuatro años y medio cuando se tomó una nueva decisión de colocación a raíz de la fragilidad psicológica de ambos padres, de la inseguridad social, de los conflictos conyugales y de la violencia que sobrevino. Isabelle ingresó entonces en una institución de ayuda a la juventud y finalizó el seguimiento por parte del equipo SOS Children. Los padres perdieron

gradualmente el interés por Isabelle: sus visitas eran incoherentes y su comportamiento inadecuado durante las mismas. El caso se remitió a los tribunales y el seguimiento se confió al Servicio de Protección Judicial (SPJ). Durante varios meses los padres estuvieron totalmente ausentes de la vida de Isabelle, no realizaron ninguna solicitud de visita en la institución, no establecieron contacto telefónico y tampoco enviaron correos. Para ese momento Isabelle tenía seis años y mostraba signos de un gran sufrimiento psicológico a través de un comportamiento autoagresivo.

Poco antes de que cumpliera siete años, cuando el SPJ inició un procedimiento de extinción de la patria potestad de ambos progenitores, el padre reapareció y se organizaron visitas supervisadas dentro de la institución. En el transcurso del año siguiente se reintrodujeron gradualmente las visitas fuera de la institución y luego los fines de semana en el domicilio del padre, que entonces vivía con su propia madre. La madre de Isabelle desapareció completamente de su vida. Durante su estancia en el hospital Isabelle nos contó que en un paseo que daba con su padre este señaló a una mujer en la calle y le dijo “mira, es tu mamá”, pero la mujer no hizo el menor gesto hacia su hija y tampoco Isabelle se atrevió a pedirle a su padre que fuera a hablar con ella.

A partir de los ocho años Isabelle empezó a mostrar un comportamiento violento y peligroso tanto en la escuela como en la institución. Aunque hasta entonces había permanecido en la enseñanza ordinaria en el mismo centro, fue expulsada porque el colegio ya no podía gestionar su comportamiento violento. Se intentó crear una familia de acogida en casa de los abuelos de una amiga del colegio y se estableció que la niña pasaría allí uno de cada dos sábados. Sin embargo, la estrategia salió mal pues Isabelle expresó tanto su deseo de irse a vivir con su padre como el conflicto de lealtades en el que se encontraba entre su padre, su familia de acogida y su institución residencial. Estaba muy celosa de otra joven de la misma familia y esto le ocasionó una grave crisis violenta que finalmente puso fin al apadrinamiento.

Al año siguiente las cosas se aceleraron y tomaron un nuevo rumbo a raíz de que el seguimiento psiquiátrico infantil se estableció mediante consultas externas antes de una hospitalización inicial en un hospital de día psiquiátrico infantil. En el plano familiar la madre de Isabelle, que seguía totalmente ausente de la vida de su hija, fue privada de la patria potestad. La niña continuó residiendo los fines de semana dos veces al mes en casa del padre y de la abuela paterna. Sin embargo, aquí Isabelle continuó siendo víctima del alcoholismo de su padre y presenciando las frecuentes discusiones entre este y su abuela.

Al inicio del curso siguiente, de acuerdo con las conclusiones del hospital de día, Isabelle fue reorientada a un Servicio Residencial para Jóvenes (SRJ). A finales de año mientras pasaba unos días de vacaciones con su familia, durante una nueva dis-

cusión en plena noche su padre, bajo los efectos del alcohol, empujó a su abuela por las escaleras. Abandonada a su suerte Isabelle presencié la escena, la intervención de la policía y la salida de su abuela en ambulancia. Cuando la policía dio parte de lo sucedido el SRJ fue a buscarla. Sin embargo, tanto el padre como la abuela responsabilizaron a Isabelle por lo sucedido y expresaron su deseo de dejar de acogerla por lo que el SPJ decidió prohibir el contacto con la niña. Varios meses después Isabelle recordó y fue capaz de contar al equipo que el tema de la discusión entre su padre y su abuela aquella noche fue el comportamiento sexual inapropiado y sexualizado del hombre hacia ella. A partir de este suceso el comportamiento de Isabelle se deterioró bruscamente pues volvió a mostrar conductas autoagresivas y heteroagresivas cada vez más intensas y frecuentes.

Entre enero y agosto se sucedieron cinco hospitalizaciones “de crisis” de duración variable en los servicios de psiquiatría infantil de varios hospitales, entre ellos La Petite Maison, para contener el comportamiento de Isabelle y apoyar al equipo de SRJ que se estaba agotando. Llegados a este punto finalmente se presentó una solicitud de hospitalización de larga duración en La Petite Maison. En junio de ese mismo año el SPJ inició un procedimiento de extinción de la patria potestad del padre. El abogado de Isabelle se ofreció para asumir el papel de protector al final del procedimiento. Al mismo tiempo, el SPJ también encargó la creación de un nuevo equipo, un Service d’Aide à l’Intégration (SAI),³ cuya misión sería garantizar un hilo conductor entre los distintos socios a lo largo de los sucesivos dispositivos de atención.

Isabelle ingresa finalmente en una de nuestras unidades de cuidados y es hospitalizada allí cuando deja el SRJ, que sigue siendo su lugar de residencia por mandato del SPJ y que se ha comprometido a seguir acogiéndola cada dos fines de semana. El equipo SAI realiza labores de enlace según lo previsto. Cuando abandonó la unidad Isabelle reanudó sus estudios, esta vez en una clase de tipo 3.⁴ El proyecto de hospitalización tenía como objetivos calmar sus ansiedades y comportamientos, trabajar sobre sus antecedentes y su historia familiar, reescolarizarla y reintegrarla a su entorno vital. La asistencia se limitó claramente a un periodo de un año.

En el momento de su admisión, cuando solo tenía diez años, Isabelle ya había vivido en cinco entornos diferentes y había estado en dos colegios. Además, había

3 Se trata de un equipo móvil multidisciplinar que responde a las solicitudes de cualquier persona, servicio o institución que se ocupe de la atención de adolescentes (de 10 a 18 años) en situación de estancamiento y de exclusión. La atención de estas situaciones complejas pretende ser transversal a los sectores de ayuda a la juventud, discapacidad y salud mental. El apoyo puede ser social, psicológico o educativo y tiene lugar principalmente en el propio entorno del joven, en colaboración con los servicios e instituciones implicados. Entre sus funciones, l’Entre-temps actúa regularmente como tercer o mediador dentro de las redes construidas en torno al joven, pero también como hilo conductor para restablecer la continuidad en estos itinerarios marcados por las rupturas y el abandono.

4 Los denominados centros de educación para alumnos con problemas de conducta.

permanecido hospitalizada en cinco unidades psiquiátricas infantiles diferentes y había sido “seguida” aproximadamente por una quincena de servicios o personas, lo que evidentemente tuvo un efecto sobre su construcción psicoafectiva como veremos a continuación.

Isabelle a los 10 años: “me había convertido en un león”

Durante la entrevista que le realizaron justo antes de finalizar su hospitalización, cuando la psicóloga le pidió que describiera su estancia utilizando la metáfora “si yo fuera un animal”, Isabelle explicó tranquilamente que “cuando llegué, era un león, mordía, arañaba. Ahora me he convertido en un mono que hace reír, que hace bromas”⁵. Y efectivamente, a su ingreso y durante varios meses el equipo se encontró con una niña que expresaba todo su sufrimiento a través de intensos comportamientos autodestructivos y heterodestructivos. Tanto la distancia como la proximidad eran insoportables para ella. En la relación Isabelle no estaba ni en una posición ni en la otra.

La proximidad desencadenó una intensa ansiedad de pérdida en la niña, la buscaba de un modo fusional, intrusivo, exclusivo, ambivalente (“te quiero, pero te hago daño”). En este “demasiado cerca”, el miedo al rechazo y al abandono era tal que en un esfuerzo desesperado por mantener el control de lo que le ocurría, acaba imponiendo al otro un distanciamiento que confirmaba la realidad de sus ansiedades, que no valía para nadie nada y que no podía contar con nadie. La violencia contra sí misma (se golpeaba hasta hacerse con sangre, se golpeaba la cabeza contra el suelo o contra las paredes, se escarificaba los brazos y las piernas), contra sus objetos personales, contra su habitación (la ponía patas arriba y la dañó muchas veces) y contra los demás (niños y adultos), se convirtió en su única respuesta posible a esta experiencia.

La distancia se vive como una repetición del rechazo y del abandono. Desencadena los mismos comportamientos violentos, tanto para castigar al otro por lo que experimenta (rechazo y abandono), como, al mismo tiempo para imponer un encuentro cuerpo a cuerpo que restablezca –a qué precio– una ilusión de cercanía.

Bonneville (2010) describe bien el particular perfil psicopatológico –que denomina patología del trauma relacional temprano (PTRP)– de aquellos niños sometidos desde los primeros meses de vida a “un entorno caracterizado por la imprevisibilidad y el caos de las relaciones en la incapacidad de responder de forma suficientemente adecuada y permanente a sus necesidades básicas (físicas o psí-

5 Entrevista con Isabel, Hospital Psiquiátrico Infantil y Juvenil La Petite Maison, 17 de septiembre de 2021.

quicas), lo que les ha sometido a experiencias repetidas y altamente patógenas de estrés extremo” (Bonneville 2010). Entre otras características del funcionamiento relacional de estos niños, señala que

el modelo interno del encuentro y la relación con el objeto está marcado por una avidez extrema, del orden de la adicción a la percepción directa del objeto investido, por la necesidad de exclusividad absoluta, pero también por la persecución y la destructividad. El alejamiento del objeto, la separación, se experimenta como la eliminación de una parte del cuerpo. La relación con el objeto se organiza según fantasías de simbiosis, intrusión y penetración violenta, puestas en escena en y a través de los cuerpos, los contactos corporales y visuales (Bonneville 2010).

El propio autor concluye que “este perfil es esencialmente una clínica del trauma: la repetición compulsiva de modos distorsionados de relación y apego, dominados por la alternancia brutal de fases de vinculación y destrucción, constituiría un rasgo característico, establecido muy precozmente” (Bonneville 2010).⁶

Isabelle cambiaba constantemente de una posición a otra sin que se identificara claramente el desencadenante del cambio. Lemay (1993) habla de un fenómeno de ruptura para describir todos esos elementos de la vida cotidiana, a veces insignificantes para nosotros, que, por remitir (inconscientemente) a recuerdos traumáticos desencadenan comportamientos de furia y de ruptura. Un ruido, un sonido, una voz, una palabra, una situación, un ambiente, una música, todo puede tener el efecto de desencadenar una crisis. Por su parte, para Bonneville (2010),

el encuentro con el otro es siempre una fuente de excitación, la relación es ante todo algo aterrador y peligroso, que hay que evitar, destruir o controlar en la medida de lo posible; estas experiencias traumáticas permanecen extremadamente presentes, actuales y vívidas en sus mentes. No consiguen convertirse en recuerdos “olvidables”. Vuelven una y otra vez en forma de pesadillas o alucinaciones, en cuanto los sujetos se enfrentan a una experiencia que tiene al menos un aspecto en común con ellos, aunque sólo sea trivial o contextual (Bonneville 2010).

En el segundo volumen de sus libros sobre el trauma temprano Archer (2007) también describe muy bien los efectos en los niños, explicando que provoca una distorsión significativa de las sensaciones y las percepciones del niño que le llevan a ver la realidad —a sí mismo y al mundo que le rodea— a través de espejos deformantes.

6 En tal sentido remitimos también a lectoras y lectores a Liotti (2009), para profundizar sobre los vínculos que propone entre el apego desorganizado y la disociación.

Si tenemos en cuenta las experiencias traumáticas pasadas de un niño, entonces (de hecho) es probable que nos encontremos en un mundo de espejos (distorsionantes) en el que decimos lo que queremos decir y, sin embargo, el niño no percibe que queremos decir lo que decimos (...) ni interpretaremos correctamente las palabras y los comportamientos del niño, y estamos preparados para muchas percepciones y respuestas erróneas (Archer 2007).

Archer también señala que “uno de los efectos duraderos del trauma es la tendencia a reaccionar ante las experiencias mundanas actuales como si fueran las experiencias hirientes del pasado, y ciertamente no hace falta mucho para desencadenar una gran respuesta de miedo o pánico una vez que la red nerviosa se ha organizado de esta manera” (Archer 2007). Recordemos que las tres modalidades de reacción en una situación de peligro son: huir, congelarse o atacar. En el caso de Isabelle el ataque era lo preferible.

Berger (2012) nos presenta las características de lo que denomina violencia patológica extrema (VPE). En primer lugar, nos recuerda que esta modalidad particular de violencia se produce cuando los niños han sido sometidos durante el periodo preverbal de su desarrollo a “traumas relacionales repetitivos que desbordan sus capacidades de regulación emocional” (Berger 2012). Señala, además, el impacto altamente traumático que tiene en los niños muy pequeños las escenas de violencia que presencian y hace hincapié en los efectos de la memoria traumática.

Todo traumatismo intenso puede inscribirse en el psiquismo del niño en forma de sensaciones corporales o de imágenes en estado bruto [...] posteriormente, existe un riesgo permanente de que estas sensaciones e imágenes resurjan de forma alucinatoria [...] sin distancia posible entre el presente y el pasado [...] esto explica la forma clínica que adopta esta violencia: estos niños tienen con frecuencia una voz y una mirada que cambian en el curso de sus actos violentos, como si estuvieran habitados por otra persona (Berger 2012).

Frente a esta violencia extrema, los equipos carecen a menudo de un punto de referencia y tienden a vivirla como una expresión de la omnipotencia del niño.

Para Berger debe entenderse más bien que el niño sometido a experiencias traumáticas extremas a una edad temprana “no ha tenido más remedio que introducir en él la imagen aterradora de su padre, de su madre en una especie de incorporación global” (Berger 2012). Su violencia, cuando se despliega, se entendería entonces como una forma de “impotencia ante la emergencia de la imagen de su padre (o madre o hermano mayor) como violento dentro de él (...) no tienen la libertad de no pegar” (Berger 2012). El autor continúa diciendo –lo que se corresponde to-

talmente con lo que el equipo pudo observar y experimentar durante los primeros meses de hospitalización de Isabelle— que

lo que llamamos crisis son en realidad a menudo verdaderos momentos alucinatorios durante los cuales el niño está fuera de la realidad y, por tanto, insensible a cualquier intervención de los demás. Una vez iniciado, el ataque no puede interrumpirse y procede a su conclusión natural, literalmente habitado por un adulto violento, el niño golpea con una fuerza mucho mayor [...] es irrazonable, inaccesible a las palabras o a un contacto físico suave que pretenda apaciguarlo, a una propuesta de compromiso o a un castigo (Berger 2012).

En el mundo relacional de estos niños, y de Isabelle en particular, el otro (y uno mismo también) solo puede ser escindido, “todo bueno” o “todo malo”, habiendo fracasado el trabajo de construcción de un objeto único. Si nos remitimos a los estados del desarrollo propuestos por Melanie Klein (Segal 1985), nos encontramos aquí en el corazón de la posición esquizoparanoide, muy por debajo de lo que ella describe en lo que denomina “la posición depresiva”. Es decir, ese momento del desarrollo en el que el niño, habiendo tomado conciencia de que él o ella es, como el otro, tanto un objeto bueno como malo, puede acceder a la diferenciación del yo y el otro y sentir el miedo y el sufrimiento de perderlo o arriesgarse a perderlo atacándolo, lo que abrirá el camino a la aparición de la culpa y la necesidad de reparación descrita por Winnicott (2004). Las condiciones para que Isabelle superara esta posición esquizoparanoide y pasara a la posición depresiva no se dieron en los primeros meses o años de su vida. La pulsión de vida y la pulsión de muerte permanecen así totalmente fuera de sintonía: el objeto bueno, interno o externo, está constantemente amenazado de destrucción por el objeto malo, que debe por tanto mantenerse a distancia o intentar ser destruido a riesgo de provocar su furia y su venganza.

Los mecanismos psíquicos internos que deben permitir el control y dominio de estos diferentes objetos parciales son muy “costosos” a nivel psíquico y dejan al sujeto con poca energía disponible. La identificación proyectiva y la escisión están en primer plano, como muestra Leysen (1992), en relación con sus pacientes “límite” cuando describe este mecanismo por el cual “el paciente proyecta imágenes parciales (escindidas) de sí mismo e imágenes parciales del objeto en el otro ejerciendo así presión sobre el otro para que sienta y se comporte de acuerdo con lo que se ha constelado en él” (Leysen 1992). También describe los efectos de este funcionamiento en la dinámica del equipo asistencial cuando plantea que “los miembros del equipo (y otros pacientes) son así invitados o llevados a desempeñar un papel en el escenario primitivo, interior, pero exteriorizado, del paciente” (Leysen 1992).

El cuerpo del sujeto también está muy implicado pues las tensiones y divisiones se expresan y se inscriben en y sobre el cuerpo, a menudo dejando huellas como si fueran estigmas del sufrimiento y el trauma experimentados. Isabelle maltrata su cuerpo “en la medida” del maltrato sufrido: se llena y engorda mucho deformando sus rasgos y su figura, se golpea y se hace sangrar, se mutila.

En la vida cotidiana el equipo asistencial está sometido a los mismos movimientos transferenciales y contratransferenciales, oscilando de una emoción a otra, presa de deseos contradictorios que les hacen “escenificar” la historia, las angustias y el caos psicológico de Isabelle. Como también nos recuerda Leysen (1992) es necesario que los miembros del equipo

reciben las proyecciones, es decir, son conscientes de los sentimientos y tendencias que el paciente evoca en ellos. Al mismo tiempo, mantener la distancia suficiente para reconocer y diagnosticar estas proyecciones, sin estar completamente de acuerdo con lo que proyecta el paciente. Funcionan, metabolizan el contenido proyectado y devuelven así al paciente algo distinto de lo proyectado (Leysen 1992).

Así, la institución asistencial puede compararse a un escenario teatral en el que los actores (los miembros del equipo) aceptan representar el escenario propuesto por un director (en este caso Isabelle) y cada persona es invitada a representar un papel —a menudo involuntariamente—. El reto de la atención es este trabajo del equipo de actores a partir del guion del joven, esta capacidad de aceptar jugar para poder unir poco a poco las piezas de la historia y transformarla para sacarla de una mortificante repetición en bucle. Esta aceptación incondicional del joven, de su sufrimiento y de sus síntomas constituye el paso obligado de los cuidados. Como desarrolla Roussillon (1995), la institución solo puede pretender ser terapéutica si acepta y se dan los medios para acoger a sus usuarios con todas las manifestaciones de su sufrimiento.

A lo largo de los ensayos (días) se irá tejiendo un hilo rojo que unirá los distintos papeles entre sí a través de los sucesivos actos de la obra para dar sentido a la historia. Las reuniones de equipo y, como desarrollaremos más adelante en el caso de Isabelle, los encuentros (formales e informales) entre los equipos y las supervisiones son también una parte esencial de este trabajo ya que permiten el intercambio de las representaciones, las experiencias y las emociones de cada participante, al cual se considera portador de un trozo del joven y de su historia que ha proyectado en su interior. Este trabajo es esencial en la medida en que permite reunir las piezas dispersas para reconstruir un “objeto total” que puede ofrecerse al joven para que se identifique con él. En este sentido, estos encuentros no son una mera condición

facultativa de los cuidados, sino que forman parte integrante de los mismos y, por tanto, deben reconocerse plenamente como tales, sea cual sea su coste económico, pues son un elemento esencial de la atención a los vínculos entre cuidadores, condición *sine qua non* para atender los vínculos del paciente.

Si nos atrevemos a hacer otra comparación, muy en el aire en estos momentos, la hospitalización psiquiátrica infantil y la atención psicológica que en ella se presta podría asimilarse al paso por una unidad de cuidados intensivos en la que, al igual que los pacientes de covid-19 de hoy en día, el joven estará conectado y se beneficiará de una forma de aparato psicológico externo gracias al cual podrá asimilar lo que su propio aparato psicológico no ha podido hacer.

Volviendo a la analogía teatral inicial, en el escenario los movimientos de los actores pueden estructurarse y armonizarse progresivamente. La historia se hace comprensible ya que pasamos de la algarabía inicial a una forma más tranquila de danza. En cuanto al director, se le invita a observar, comprender y luego a validar una historia que ya no es la misma que la que pensaba que tendría que repetir una y otra vez.

El camino del león al mono

Atender a jóvenes como Isabelle exige que todos nos enfrentemos a emociones extremas, al sufrimiento insoportable e intolerable que experimentan y a los aspectos indecibles e impensables de su trayectoria vital. Frente a estas situaciones de múltiples complejidades es esencial no caer en las trampas de cierta fascinación narcisista y de omnipotencia reparadora que refleja a su vez la profunda impotencia que sienten estos niños, incluso cuando la ocultan tras comportamientos de aparente omnipotencia. Recordemos a Jean de La Fontaine y su fábula roble y la caña: a pesar de su tamaño y su fuerza el roble acaba derrumbándose bajo las ráfagas de viento, mientras que la caña se dobla, pero no se rompe.

Como describe Omer (2017) cuando trata de aplicar los conceptos y prácticas derivados de las teorías de la resistencia no violenta en el ámbito político a los campos de la educación, el cuidado y la crianza, “lo importante no es ganar, lo importante es resistir” (Omer 2017). Resistir para dar tiempo al tiempo psíquico, resistir para permitir que el niño experimente que sus ataques al vínculo ya no producen los mismos efectos que los que experimentó en sus primeros vínculos. El abandono y el rechazo ya no suenan como una música ineludible y la puerta vuelve a abrirse para otro desenlace posible.

Pero, cabe preguntarse ¿cuáles son las herramientas que nos permiten poner en práctica esta capacidad de acoger primero y resistir después los ataques del vínculo?

En el caso de Isabelle hemos identificado algunas que podrían constituir el embrión de un sistema eficaz para tratar este tipo de problemas. No volveremos sobre la importancia de tomarse el tiempo de hablar con el otro, de intercambiar, de expresar las diversas y a veces contradictorias experiencias, emociones y movimientos impulsivos del otro. Sin embargo, es bueno recordar, sobre todo en estos tiempos en los que el cuidado debe ser “rentable” y responder a normas cada vez más codificadas, que esta dimensión forma parte esencial del mismo, al igual que todo lo que la investigación de Lanquetin (2015) ha agrupado bajo el término cuidado informal.

La atención psicológica, más cuando va dirigida a niños heridos por la vida, merece obtener los medios necesarios para poner en práctica una “atención” que sea algo más que una “cura”. Estos tiempos, tanto formales como informales, son una condición esencial para que la institución, a través de su equipo de atención, pueda significar su aceptación e incluso la invitación a que el joven asuma el riesgo de depositar, a través de sus síntomas cualesquiera que sean, todo el sufrimiento ligado a sus experiencias vitales traumáticas. Como ya se ha mencionado, solo cuando se alcanza esta capacidad de aceptación incondicional podemos hablar realmente de cuidado y no solo de normalización, de condicionamiento o de “rectificación”. Más allá o por debajo de una “simple” relación entre cuidador y paciente, hay algo de encuentro entre humanos. Pero no basta con decirlo, también es necesario ser capaz de hacerlo.

Muy pronto, tanto en la situación de Isabelle como en muchas otras comparables, la frecuencia y la intensidad de las agresiones, la violencia de los comportamientos y el maremoto emocional que esto provocaba nos hicieron comprender que no tenía sentido intentar jugar al roble, que, a pesar de todos los medios humanos y materiales del hospital, este, no más que todas las instituciones y personas que lo precedieron, podía pretender, a riesgo de volverse violento y abusivo a su vez, imponerle una forma de omnipotencia de cuidados. Este podría ser el primer axioma de nuestro sistema propuesto. Así pues, muy pronto fue necesario recurrir y establecer colaboraciones con interlocutores externos. Como ya hemos mencionado anteriormente a través de la analogía con una escena teatral, lo que muchos autores han descrito como la forma particular que adopta la transferencia en el trabajo institucional al hablar de “transferencia difractada”.

En la situación de Isabelle este nivel de difracción interna en el seno del equipo de cuidados se reveló rápidamente insuficiente, tanto para “aguantar” como para mantener la aceptación y la benevolencia frente a la intensidad de sus movimientos destructivos. El escenario de la obra que nos encargó exigía que se representara en varios escenarios entre los que se desplegaran puentes, puertas y ventanas, no escenas paralelas sino una forma de interdependencia entre ellas para dar todo su colorido y complejidad a la historia contada.

Así, el SRJ aceptó y mantuvo su lugar como lugar de vida a pesar de contar con menos medios y del miedo y la incomodidad de los miembros del equipo cuando seguían acogiendo a Isabelle cada dos fines de semana. Se crearon vínculos entre la institución “lugar de residencia” y el hospital a través de participación en las reuniones de la otra estructura y de puesta en marcha de estrategias comunes durante los fines de semana entre las que sobresalen llamadas telefónicas del jefe de la unidad de cuidados a Isabelle para ver cómo estaba, la posibilidad para la institución de llamar a los guardias del hospital o incluso de traer a Isabelle antes para evitar un punto de ruptura y de no retorno y la reducción de la frecuencia y de la duración de los fines de semana en determinados momentos, pero manteniendo las visitas al hospital por parte de los miembros del equipo SRJ. Cada uno de los dos equipos fue capaz de escuchar y respetar la realidad del otro, pero también fue capaz de ponerse de acuerdo e ir más allá de su propio marco estricto de trabajo, de salir de su zona de confort para abrirse y aumentar el espacio común. De este modo Isabelle pudo experimentar el ir y venir de una institución a otra, lo que favoreció una experiencia inédita de continuidad de los vínculos más allá de la separación y de la ausencia, que pudo así cobrar un sentido distinto del rechazo y del abandono. Estas idas y venidas también permitieron ajustar más serenamente la distancia relacional con Isabelle.

Pero todo esto no fue suficiente. La escuela siguió acogiendo a Isabelle a pesar de sus frecuentes arrebatos que hacían muy complicada la vida en el aula y el proceso de aprendizaje, a pesar de que ella quería aprender. Este mantenimiento de la escolarización, apoyado por la unidad de cuidados a través de una adaptación del horario y el establecimiento de una disponibilidad en caso de dificultades, permitió preservar para ella lo que constituía a pesar de todo un importante elemento de seguridad y de refuerzo narcisista: seguir siendo alumna, continuar aprendiendo y mostrar sus capacidades y competencias.

Las otras unidades de cuidados del hospital también participaron en esta difracción de la transferencia y de la regulación de las distancias ofreciéndose a acoger a Isabelle por turnos una vez a la semana. Ella tenía el estatus de “invitada” sin condiciones y sin apuestas relacionales reales, ya que cada unidad solo la acogía una vez al mes y ella podía así tanto conocer a otras personas como participar en actividades diferentes de las que se ofrecían en su unidad. Por su parte, el equipo de la unidad podía utilizar este tiempo para ocuparse de los demás jóvenes, reduciendo así el sentimiento de culpabilidad de no poder hacerlo debido a la presencia de Isabelle, lo que alimentaba el deseo de excluirla.

Cuando se le pregunta por sus experiencias, Isabelle identifica claramente estos momentos pasados en las otras unidades como experiencias de apoyo para ella. Pero aún no era suficiente. La intensidad de los actos también hizo necesario recurrir a

estancias de “tiempo muerto” programadas en otros departamentos de psiquiatría infantil. También en este caso, además del interés para que los equipos de la unidad y del SRJ pudieran “respirar”, existe para Isabelle el interés por darse cuenta de que este tiempo de separación no significa abandono y ruptura. La construcción de la permanencia del objeto (y de la relación con él) impone de hecho esta experiencia de separación ya que solo con esta condición puede haber un reencuentro y, por tanto, la conciencia de una no desaparición, de una no aniquilación.

Otra escena para otra parte de la obra es que el equipo SAI participó activamente en los cuidados: por un lado, apoyando al SRJ, proponiendo y supervisando actividades para Isabelle durante los fines de semana (lo que también constituyó una importante desviación y ampliación de su entorno de trabajo habitual); y por otro, haciéndose cargo de la dimensión del trabajo con Isabelle en torno a cuestiones relacionadas con su familia a través de entrevistas durante las visitas periódicas al hospital. Este reparto del trabajo entre la unidad de cuidados y el SAI fue una parte esencial de la atención pues permitía a Isabelle identificar claramente lo que podía esperar de cada uno de los servicios. Al igual que las reuniones de equipo, incluso entre estos distintos interlocutores, estas colaboraciones y todos los encuentros que han generado deben considerarse parte integrante de la asistencia, pues sin ellas el hospital se coloca en la posición del “roble” con los impases que conocemos.⁷

Esta “constelación institucional” solo fue posible porque los distintos socios fueron capaces de tejer un vínculo de confianza y solidaridad entre ellos. Gracias a esta colaboración cada uno de los socios pudo superar la angustia de estar solo y abandonado a su suerte, reflejo de las angustias de Isabelle ante el abandono. No hay que subestimar el impacto de este modelo de confianza y apoyo para una joven como Isabelle, cuyas experiencias vitales tempranas habían desarrollado más bien la desconfianza y la sensación de no valer nada para nadie. Probablemente sea una base desde la que pudo experimentar la continuidad de la conexión que tanto le había faltado hasta entonces.

Hay que destacar otros elementos del sistema asistencial. Por ejemplo, la utilización de determinados objetos como soporte de proyección y elaboración simbólica, especialmente un peluche de unicornio. Este unicornio pertenece a la unidad y se utiliza para apoyar a los niños durante las entrevistas y reuniones juveniles. Excepcionalmente, Isabelle fue autorizada por el jefe de la unidad a llevarse el unicornio cuando regresó a su SRJ para pasar el fin de semana. De esta forma el unicornio se convirtió en una especie de objeto transicional que representaba a su vez a la unidad

7 Además de los cuatro socios principales aquí mencionados, sería injusto no incluir al SPJ a través de su director y delegado, así como al abogado de Isabelle, testigos privilegiados de su historia.

de cuidados (¿o incluso al jefe de la unidad?) durante las estancias en el SRJ y luego a la propia Isabelle cuando lo olvidó en su institución al regresar al hospital.

Este peluche de unicornio, objeto de transición, se convirtió así también en un objeto simbólico que le permitió poner a prueba y trabajar cuestiones fundamentales como el vínculo y la permanencia. No bastaba con regalarle el unicornio era necesario guionizar situaciones, por ejemplo, llamarla por teléfono para saber dónde estaba el unicornio cuando se había olvidado de recogerlo y preocuparse por cómo estaba. Simbolizando estas transiciones entre lugares diferentes, el unicornio encarna también la transición del león al mono producida por esta experiencia de la continuidad de los vínculos, incluso en la ausencia y la separación.

Otro objeto ilustra el mismo mecanismo. Durante las vacaciones de Navidad, Isabelle tuvo que pasar unos días en su RSJ y conscientes de que este momento concreto del año conllevaba una importante carga emocional y traumática, el equipo de la unidad de cuidados elaboró una caja de herramientas que Isabelle pudo llevarse consigo. En esta caja de herramientas había

un peluche enorme que hice con L. y en el que puedo ponerme a salvo casi por completo, una toalla con el olor de E. y A., una caja de colores que hice con Z., una mezcla de aceites esenciales que hice con S., relojes de los días de paso que hice con V. donde tengo que pegar pegatinas cada hora, un horario de mis idas y venidas, plastilina para calmar mis manos, purpurina para que no se me olvide que soy una princesa, caramelos para refrescarme la boca cuando tengo ganas de decir malas palabras, pegatinas para mantenerme ocupada a mi aire, crema para masajearme los pies ¡porque me encanta!

Todo ello acompañado de frases positivas que se le invitaba a leerse a sí misma siempre que quisiera, en momentos complicados o no. “Ya he crecido mucho, no se puede aprender todo de golpe, enfadarse con alguien a quien quieres es complicado sentir los dos sentimientos a la vez, soy valiente, las herramientas también están en mi corazón y en mi cabeza”. Este objeto también nos muestra otra faceta del trabajo del equipo: la necesidad de una total disponibilidad psíquica y física de cada persona, por turnos, en función de lo que estuviera dispuesta a ofrecer a Isabelle en ese preciso momento, con atención para y en ella y con máxima disponibilidad durante el tiempo que se le dedicara. Esta organización del tiempo y el espacio de atención, en la que cada persona se turnaba para cuidarla, implicaba un gran trabajo de relevos entre compañeros para ponerse también a disposición de los otros 11 niños que se encontraban en la unidad. Cada persona tenía que encontrar la manera de ocuparse de ella y con el tiempo fue capaz de identificar lo que cada

persona tenía para ofrecerle: tiempo para hacer manualidades, tiempo para ordenar sus pertenencias, tiempo para jugar juntos, tiempo para abrazos y música, etc. Esta difracción de las relaciones le permitió encontrar la manera de estar con los demás niños y tener experiencias individuales y diferenciadas de la relación a través de medios específicos. Al final de su hospitalización pudo nombrar ella misma lo que había tomado de cada persona.

Todo esto no sería suficiente si no fuera por el procesamiento psicológico de experiencias traumáticas arcaicas. Como ya se ha mencionado, estas experiencias traumáticas, sobre todo las vividas a una edad muy temprana, atraviesan el cuerpo a menudo dejando huellas indelebles y también se expresan regularmente a través del cuerpo cuando se reactivan. En los cuidados de Isabelle este trabajo de elaboración se propuso pues a través de una nueva forma de cuidados en cointervención con el psicólogo y con el fisioterapeuta de la unidad. Esta triangulación de la relación y el trabajo conjunto sobre el cuerpo y la psique constituyeron la base de una atención segura para ella y para los trabajadores. Esta coconstrucción de un espacio terapéutico compartido por los tres permitió cuestionar los trastornos arcaicos de la constitución de su desarrollo, ofrecerle experiencias sensoriomotrices y psicocorporales, pero también responder a sus actos comprendiendo el sentido y la significación que expresan a través de relaciones más seguras, dentro de las cuales los dos terapeutas pusieron sus cuerpos y sus psiques a disposición de Isabelle para ayudarla a contenerla, a acogerla, a darle sentido, a pensar. No eran demasiados para soportar lo insostenible, para asegurar la continuidad y la permanencia del vínculo en una transferencia difractada que permitía intentar transformar las emociones inasimilables en contenidos aceptables, apoyar los procesos de simbolización y resistir a los ataques físicos y psíquicos proponiendo un marco de contención.

Durante los primeros meses de este trabajo Isabelle reprodujo en estas sesiones, a modo de psicodrama, el caos y la violencia de los traumas vividos durante sus primeros años de vida, así como las numerosas discontinuidades y las rupturas de su entorno vital y de sus figuras de apego. Unas veces encarnaba a la madre, otras al padre y hacía lo mismo con los intervinientes, encargándoles que reprodujeran con ella los escenarios traumáticos, pasando sin transición a las posiciones de niño, padre maltratador, hermana rival y madre inexistente o ausente. Las configuraciones son múltiples, enmarañadas en una violencia, una destructividad y una omnipotencia que no dejan espacio para la identidad y para los deseos del otro. Hace vivir a los terapeutas un vínculo desorganizado, inseguro, violento, proyectándolos sin transición y de manera rígida y escindida en las polaridades extremas, de la fusión a la ruptura total, en la incapacidad total de circular sobre el bucle del contacto, sin matices, sin tendencia intermedia, sin espacio entre lo vivido y el acto.

En este espacio terapéutico el sentido de sus comportamientos hetero y autoagresivos, tiránicos, explosivos y en una hiperpermeabilidad a los elementos externos –carencia de una función de barrera excitatoria, de una envoltura corporal demasiado porosa para permitir el apuntalamiento de una envoltura psíquica contenedora–, aparecen claramente como tentativas desesperadas de defenderse contra miedos arcaicos a la caída, a la intrusión (física y psíquica), a la pérdida de conexión y a la muerte. Isabelle no puede apoyarse en ninguna base segura interna ya que la estructuración corporal no es lo suficientemente eficaz como para servir de soporte a una estructuración psíquica.

De semana en semana las sesiones se repiten –incondicionalmente– y se organizan siguiendo y respetando su ritmo donde prima la contención corporal, tanto que las palabras le siguen dando miedo como un bebé al que se lleva, se cuida y se vigila con benevolencia en una relación triangular que resiste sus tumultos internos y los ataques del vínculo que se va tejiendo. Sostener, manipular, filtrar, contener, desintoxicar, pensar, vestir, anticipar, tranquilizar, tantas palabras para expresar lo que se juega en este escenario. A través del cuidado de su cuerpo Isabelle aprende a confiar, a sentir placer, a encontrar placer en el cuidado de sí misma y de los demás. Pero es extremadamente frágil, necesita alimentarse física y psíquicamente. El vacío interior es inmenso, lo toma todo con una avidez insatisfecha o lo rechaza todo masivamente. Hablará de su madre que la abandonó, de su padre que no hizo su trabajo como padre, se preguntará si él también la habría tocado ahí (muestra sus partes íntimas) si no hubiera sido una niña. Repite que es una perdedora, estúpida y mala. Los terapeutas la apoyan en su discurso y en sus intentos de elaboración descodificando para ella las numerosas violencias psicológicas y físicas y las carencias afectivas que ha sufrido. Poco a poco se apoya suavemente en su psique y en su cuerpo para intentar construir (y mantener) lo que se construye en los primeros meses de vida de un bebé.

Detrás de la explosividad de su ira se revela gradualmente una inmensa tristeza a través del uso de la plastilina, que ella puede domar y nombrar. De la manifestación postraumática de la violencia (verbal, física, sexual) y la idealización del padre, pasa con sufrimiento a la confrontación de su fracaso, de su decadencia, del vacío total de las relaciones familiares. Un día dijo: “¿Cuál es mi futuro? A veces me digo vuelve con mi padre, que me pegue y me mate y se acabó”. Deja que los terapeutas experimenten sus ansiedades y sus impulsos de muerte.

Finalmente, al cabo de varios meses el color de las sesiones cambia, ella invierte estos momentos juntos como un lugar de apaciguamiento, de cuidados corporales y psicológicos. Puede pedir y recibir un masaje, relajarse y dormirse al instante como un bebé, con el pulgar en la boca y el peluche en la mano, abandonando así

la hipervigilancia, el control, la hipertensión y la hiperactividad que la caracterizaban. Durante las sesiones, puede tener gradualmente en cuenta al otro, gestionar mejor las transiciones y las frustraciones, puede escuchar otro punto de vista distinto al suyo, utilizar lo que observa en esta relación a tres bandas para pensar y actuar de forma diferente. Su “yo piel” se estructura, las envolturas corporales y psíquicas afloran en la relación, los contenedores y contenidos de pensamientos surgen sin provocar angustia y violencia cada vez. Cuando está relajada, ríe como un bebé: descubre otro color de plastilina y lo llama “alegría”. La alegría es hermosa, es alegre.

A pesar de los traumas, los trastornos del apego, las inciertas perspectivas de vida a largo plazo, Isabelle empieza a cuestionarse y a proyectarse en el futuro. Dice: “Me gustaría ser educadora para ocuparme de los niños, pero de los niños pequeños de menos de 3 años”.

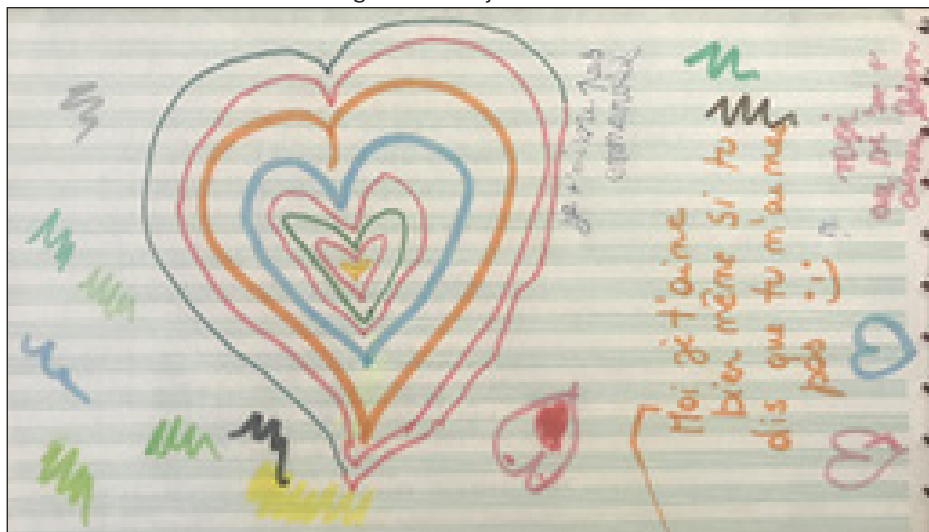
Durante los dos últimos meses de su hospitalización, las sesiones cambiaron: la fisioterapeuta estaba ausente, por lo que las sesiones las llevaban a cabo dos personas, pero se mantenía el vínculo tripartito mediante la evocación de la persona ausente, la posibilidad de enviarle mensajes, la videoconferencia con ella durante las sesiones, etc. La relación dual era ahora posible y el apoyo de las experiencias sensoriomotoras era menos necesario para apoyar la elaboración del discurso. Isabelle muestra ahora una capacidad de pensar en la que ya no irrumpe la palabra escuchada del otro y puede expresar su propia palabra sin recurrir a la violencia. Nombra, reflexiona y piensa. Desarrolla habilidades relacionales que le permiten encontrar un lugar “correcto” en la relación: ni fagocitar ni destruir. Regularmente, al principio de la sesión, hace un contrato con el terapeuta “para que vaya bien”: estos contratos la contienen, la aseguran, aseguran al otro y ella los respeta.

Isabelle ha experimentado relaciones que no se rompen aunque ella las haya atacado y aunque exprese que no le gustan o finja que no le gustan. Durante una de las últimas sesiones, ella y la psicóloga dibujan corazones entrelazados (figura 1), como muñecas rusas: en el centro está ella.

Cuando la psicóloga le pide que nombre a todas las personas que la ayudan a contenerse y a crecer, ella identifica a cada una de las personas de su red: es impresionante, no le falta estructura y cuenta sus vínculos con cada una de ellas. Sonríe. Termina haciendo un pequeño corazón en el primer corazón “porque yo también ayudaré a alguien algún día”.

En el enlace transferencial con el psicólogo, escribe: “No me gustas, E.” y cuando el psicólogo responde con la frase “Me gustas, aunque digas que no te gusto”, Isabelle sonríe y escribe: “Tú también me gustas”.

Figura 1. Dibujo de Isabel



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

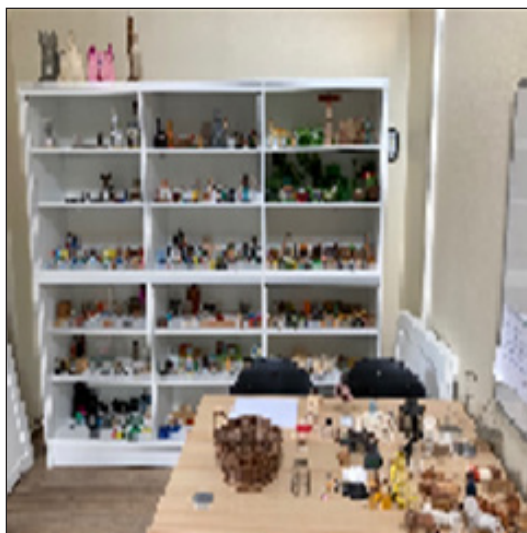
En la unidad, durante las últimas semanas de su hospitalización, reprodujo y cuestionó, con cada una de las personas a las que había investido de manera particular, la puesta a prueba del vínculo, su solidez y su permanencia en el tiempo. Buscó comprobar si volverá a ocurrir lo que ha vivido: el rechazo y el abandono. A diferencia de lo que ocurría al principio de la hospitalización, puede tomar distancia, utilizar y comprender el humor –un monito ha sustituido al león, como dirá más tarde–, escuchar lo que se refleja en ella y llorar en lugar de explotar y enfadarse. Toma iniciativas para alimentar la relación: atenciones, dibujos, pequeñas palabras, dar de comer. Desarrolla la empatía, el interés por la alteridad y la historia de la otra persona. Se pregunta mucho sobre su nuevo espacio vital, dibuja, imagina.

Lo que Isabelle puede decirnos hoy

Como se anunció en el preámbulo, terminamos este artículo permitiendo a Isabelle decir cómo ha vivido su hospitalización y las distintas medidas que esta conllevó. Con una psicóloga de otra unidad de cuidados, se le pidió que hiciera un juego de arena en torno (figura 2) a la siguiente indicación: mostrar, a través de la elección y la puesta en escena de objetos, lo que le había aportado su paso por la unidad y con qué saldría pronto de ella.

Durante un juego de arena, se invita al niño a elegir entre diez y quince objetos de un armario que contiene multitud de objetos de todo tipo y a colocarlos como desee en el arenero: estas dos operaciones se realizan en silencio. Cuando el niño ha terminado, el psicólogo propone un tiempo de intercambio en torno a los objetos y su colocación, durante el cual, si el niño está de acuerdo, comparte sus observaciones, preguntas e hipótesis.

Figura 2. Juego de arena



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

La hipótesis del juego de arena es que los objetos depositados permiten acceder a lo más inconsciente en el sujeto. Así, se presta atención a lo que se dice conscientemente y se proyecta sobre cada objeto, pero también al simbolismo inherente a cada objeto y la forma en que los objetos se distribuyen en el espacio, cómo se “comunican” entre sí, sus respectivos tamaños, etc.

Tras elegir sus objetos (figura 3), Isabelle coloca primero un diamante multicolor casi en el centro de la bandeja y, a continuación, tres diamantes a su alrededor. Luego coloca el cofre del tesoro abierto en un rincón. Pregunta si puede esconder un objeto en la arena. En dos esquinas de la bandeja entierra el teléfono y el bebé unicornio, sobre los que dibuja un corazón. Luego planta una imagen con Jesús crucificado y dice que la han clavado para que no se mueva. A los pies de la cruz, coloca un gato de peluche acurrucado en un cojín. Rodea esta escena con una gran cadena negra, que se toma la molestia de montar bien para que cierre. Junto a ella,

en el borde, coloca una gran llave brillante, recta y visible. Vuelve al armario a buscar pájaros de colores que coloca alrededor de los diamantes, como vigías que miran en distintas direcciones. Luego coloca algunos sobre los dos montones de objetos escondidos, intenta poner los diamantes uno encima de otro, pero como no caben, pone uno cerca del gato y otro cerca del tesoro.

Figura 3. Juego de arena



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

A continuación, la psicóloga le pide que le hable de los objetos que ha elegido. Ella comienza con el diamante multicolor rodeado por los otros tres y dice:

Hacen luz a su alrededor junto a él, es un tesoro protegido por los pájaros. Se dice que hay un muro alrededor. Debajo hay un teléfono, y ahí está el pequeño unicornio. En realidad, es un caballo bebé. Había un caballo cuando fui a hipoterapia con el internado, se murió. Esto es una cruz, se protege con la cadena porque los pájaros quieren soltar los tornillos con el pico... así, con la cadena, es imposible, el gato está mirando.

“En realidad es como si hubiera gente aquí” (los señala con los dedos, luego opta por ir a buscar algunos a las estanterías: vuelve con un diablo de caramelo de azúcar, una tortuga ninja en monopatín y dos caballeros medievales con espadas desenvainadas, a caballo. También añade una taza a la tapa del cofre del tesoro.

“De hecho, la tortuga ninja es malvada y quiere venir a aflojar los tornillos de la cruz. El diablo también. Así que los caballeros tienen que venir a defenderlos.

Matan al ninja”. Ella lo entierra y deja al diablo al borde de la cadena. “Y ya está, se acabó mi historia; sienta bien hablar y sacarme las cosas de dentro”. La psicóloga le pregunta por la llave que no ha mencionado y que no ve. “Es la clave, es como si hubiera una ventana para verlo. Es para abrir la cadena” (figura 4).

Si nos tomamos el tiempo de analizar brevemente, no podemos dejar de sorprendernos por la importancia del tema de la protección tanto en la elección como en la puesta en escena de los objetos: los pájaros, el gato, la cadena y los caballeros son elementos colocados en posición de vigilancia y protección. Pero, ¿qué debe protegerse de este modo? En primer lugar, los tesoros: diamantes, baúles, trofeos, que suelen referirse a los preciados objetos internos del niño. Son estos tesoros los que Isabelle elige y coloca primero en la arena, bien visibles y no enterrados, como si su hospitalización le hubiera hecho tomar conciencia de lo “bello y bueno” que hay en ella, de su valor.

Figura 4. Juego de arena



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

Los tesoros no son atacados por los villanos, como si estuvieran definitivamente adquiridos y ya no corrieran peligro de ser robados. El trofeo añadido por segunda vez podría interpretarse como el testimonio de una victoria obtenida durante la hospitalización: ¿victoria del mono sobre el león? Los tesoros son numerosos, están repartidos por toda la superficie del juego y, según Isabelle, “¡brillan!”.

Figura 5. La cruz



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

El otro elemento a proteger es la figura crucificada de Jesús (figura 5): aparte del aspecto “masivo” de la cruz, es la única parte del arenero que tiene colores más oscuros y podemos pensar que estamos en el registro de lo que le hace o la ha hecho sufrir. Sigue visible, presente, pero contenida y protegida tanto por la cadena como por el gato enroscado al pie de la cruz. Si al principio describe los pájaros en posición de “ataque” (“quieren soltar los tornillos de la cruz”), acaban convirtiéndose en protectores, como si Isabelle hubiera podido, en el transcurso de su hospitalización, transformar su relación con el otro, pasando de objeto perseguidor a objeto protector.

Además, los objetos que elige para ocupar esta función protectora (pájaros, gato) son bastante infrecuentes, al contrario que los leones, los tigres, las vallas... Un poco como si la amenaza siguiera siendo más bien débil, ya que el sentimiento de seguridad interior ha ido ocupando poco a poco un lugar más importante.

Sin embargo, no está todo ganado. Existe una segunda oleada de amenazas (la tortuga ninja, “el diablo”) contra la que se presentan personajes mucho más musculosos (los caballeros – figura 6): si se mata y entierra a la tortuga ninja, el diablillo sigue presente al igual que los caballeros que lo vigilan, ¿una necesidad para Isabelle de permanecer vigilante a pesar de todo?

Entierra dos objetos: el bebé unicornio y el teléfono. Los objetos enterrados suelen representar partes ocultas de la persona, partes más arcaicas, partes vinculadas a los miedos, los recuerdos, el pasado, el duelo. Isabelle asocia el unicornio a la muerte de un caballo que conoció durante las sesiones de hipoterapia: ¿quizás para significar, en el momento en que termina la hospitalización, que puede desaparecer tras haber permitido la transformación del león en mono? No hace ningún comen-

tario sobre el teléfono: bien escondido bajo la arena, ¿significa el duelo de los vínculos con sus allegados (¿la familia?) o la posibilidad/necesidad de llamar por si acaso?

Figura 6. Caballeros



Fuente: Hospital Psiquiátrico para Niños y Adolescentes *La Petite Maison*

Utilizado aquí como una especie de fotografía instantánea en un momento concreto del viaje de Isabelle, un juego de arena suele formar parte de un periodo de tiempo más largo, lo que permite cuestionar con mayor detenimiento los objetos elegidos y su puesta en escena. No obstante, es interesante observar lo mucho que ha progresado Isabelle durante su hospitalización: ahora es capaz de participar tranquilamente en esta actividad de juego simbólico, que apoya la construcción y la elaboración de su vida, de su recorrido y de las diferentes experiencias que se han extendido a lo largo de él.

Conclusiones

Isabelle abandonó el hospital tras un año de cuidados psicológicos intensivos; no curada, por supuesto, pero lo suficientemente reanimada como para plantearse continuar su tratamiento y revalidación fuera del hospital. En las semanas previas a su liberación, aunque seguía probando los vínculos, los ataques eran mucho menos frecuentes e intensos: era capaz de cambiar su enfoque con mucha más rapidez y facilidad, de establecer conexiones con lo que estaba experimentando, de expresar tristeza en lugar de ira e incluso de dar un paso atrás utilizando el humor. Su rostro se suavizó y pudo tomarse su tiempo para despedirse de todas las personas, recordando los momentos especiales. Como dijo en su reunión con la psicóloga de

la otra unidad: “El león se ha convertido en un monito que se ríe y al que le gusta gastar bromas”.

Para mantener el vínculo a distancia –sin tener que pasar necesariamente por una nueva producción de síntomas– y que perciba que sigue existiendo para quienes se han ocupado de ella durante todos estos meses, se programaron breves periodos de hospitalización –una semana– que se registran en su calendario. Nuestra experiencia nos ha enseñado que esta oferta apoya a la joven y al nuevo equipo que la acoge, y permite reducir los riesgos de escisión entre el hospital “idealizado” y el nuevo lugar de vida, abriendo así el camino a la inversión de este último.

En nuestra práctica terapéutica, en particular con estos y estas jóvenes llamados “inconquistables”, hemos experimentado a menudo la importancia de no prolongar una hospitalización, sino de aprovechar estas ventanas de calma para organizar el alta de cuidados intensivos y la transición a otra forma de cuidados. Ciertamente, no todo está definitivamente resuelto y hay mil razones para pensar –probablemente también por la fascinación narcisista y el sentimiento de omnipotencia antes mencionados– que el hospital sigue siendo el lugar privilegiado, o aun exclusivo, para la atención continuada.

Sin embargo, cuando se pierde esta ventana de calma, vemos muy rápidamente al joven volver a “producir síntomas”, como si tuviera que justificarse a sí mismo y a nosotros que su lugar estaba efectivamente en la psiquiatría y que hacía suya esta identidad particular –y sabemos que los niños y las niñas, y más aún los y las adolescentes, son sensibles a las etiquetas que se les ponen y con las que se identifican muy fácilmente–. Además del riesgo de que solo pueda salir de él repitiendo el fracaso y el rechazo, no hay que subestimar el peso de la etiqueta psiquiátrica que una estancia prolongada le hace llevar. Transmite representaciones en la sociedad y en las instituciones que dificultan la integración o la reintegración.

Todos estos elementos nos llevan a fijar desde el principio un límite de un año para la duración de la estancia, que a veces es malinterpretado por las familias e incluso por nuestros colegas del sector. Ciertamente, esta duración de la estancia puede reevaluarse caso por caso, pero en la mayoría resulta suficiente o podemos asumir que nuestra oferta de cuidados ya no satisface las necesidades, o bien ha llegado el momento de ceder para evitar sentimientos de impotencia y escalada que no permitan tomar la distancia necesaria de forma benévola.

Además, las semillas que sembramos no siempre producen sus frutos inmediatamente y no es raro que no se hagan visibles hasta más tarde... Al mismo tiempo que abandonaba el hospital, Isabelle se despedía de su S. R. J., un paso necesario para pasar la página y liberarse de la imagen de sí misma que había construido allí. El SAI, el SPJ y su abogado, que se convirtió en su protector tras la sentencia que

declaraba la revocación de la patria potestad del padre, siguen presentes y continúan proporcionando el hilo rojo, apoyando su llegada a un nuevo lugar para vivir.

Al echar un primer vistazo a lo que le ha ocurrido a Isabelle y a las personas implicadas durante este año, nos vienen a la mente varias imágenes o conceptos que ayudarán a darle sentido. En primer lugar, la imagen de una telaraña y cómo Isabelle se desplazaba sobre los hilos de la tela construida para y con ella. Esta red le proporcionaba la seguridad de sus distintos puntos de apego, le permitía ir a buscar en distintos lugares, en distintas personas, los elementos para satisfacer sus necesidades, volver a tejer los hilos de su historia y finalmente desprenderse de ella. Es más que probable que el peso de la araña le obligue a apoyarse en esta tela en lugar de arriesgarse a colgar de un hilo, siempre a punto de romperse.

El concepto de “tenseguridad”, retomado por Ann d’Alcantara (2018) del léxico de la arquitectura y la mecánica de puentes, nos parece especialmente adecuado para describir el trabajo que hemos realizado en este artículo. La tenseguridad es la capacidad de una estructura para estabilizarse y resistir mediante la interacción de fuerzas de tensión y compresión que se distribuyen y equilibran en su interior. Las estructuras que “aguantan” por tenseguridad se estabilizan, por tanto, no por la resistencia de cada uno de sus constituyentes, sino por la distribución y el equilibrio de las tensiones mecánicas en toda la estructura. Así, un sistema mecánico con un conjunto discontinuo de componentes comprimidos dentro de un continuo de componentes tensados puede encontrarse en un estado de equilibrio estable. Esto significa, por ejemplo, que conectando barras con cables, sin conectar directamente las barras entre sí, se puede formar un sistema rígido.

Este dispositivo de múltiples anclajes forma un “sistema autoestabilizador, no por la resistencia de cada uno de sus constituyentes, sino por la distribución y el equilibrio de las restricciones en la totalidad de la estructura” (d’Alcantara 2018). Aunque ningún elemento hubiera podido resistir por sí solo sus ansiedades y su destructividad, la distribución y el equilibrio de las limitaciones en el conjunto de la estructura permitieron que la envoltura constituida por todos los compañeros de cuidados sobreviviera y ofreciera así la seguridad necesaria a Isabelle.

Este concepto de tenseguridad permite dar cuenta tanto de lo que funcionaba en cada una de las instituciones como de lo que se desplegaba entre ellas para hacer posibles los cuidados y el tratamiento extremadamente pesados de Isabelle, psicológica y físicamente. De cierto modo encontramos aquí la idea de uno de los primeros axiomas de las teorías sistémicas: el todo es más que la suma de las partes.

Por último, nos parece que lo descrito corresponde bastante bien a la puesta en práctica de lo que Pierre Delion (2019) llama las “funciones fórica, semafórica y metafórica” en la psicoterapia institucional, es decir, la capacidad de una institu-

ción, en este caso, a cargo de Isabelle, y más ampliamente de la constelación institucional formada por las distintas instituciones.

Función fórica: acoger y soportar al niño en todas sus dimensiones, incluidas las más insoportables.

Función semafórica: de este modo, los cuidadores se convierten a su vez en portadores de parte de la angustia que han experimentado, en cierto modo se trata de poner a disposición de los niños laboratorios en los que entregarán sus experiencias angustiosas y, con la ayuda de los ayudantes de laboratorio (los cuidadores), encontrarán formas de superar su angustia. Los cuidadores aseguran así una función semafórica, se convierten en portadores del sufrimiento psíquico de los pacientes acogidos.

Función metafórica: compartir estas experiencias durante reuniones en las que cada persona puede hablar auténticamente de lo que ha vivido con un niño o un adulto permite poner en común todas las diferentes experiencias que ha tenido con ellos, aunque parezcan contradictorias o incluso imposibles. El reconocimiento y respeto de la narrativa de cada cuidador actúa como contención institucional para el paciente, que se siente apoyado y comprendido por los cuidadores que le atienden (Delion 2019).

Las diferentes formas en que Isabelle fue atendida durante este año de hospitalización nos parece que permitieron especialmente el ejercicio de estas tres funciones. Como una orquesta sinfónica que interpreta una pieza musical, esta obra ha sido esencialmente un esfuerzo colectivo: sin el compromiso y la solidaridad de cada una de las personas implicadas, fuese cual fuese su lugar y función, no habría sido posible.

La capacidad de cada uno para no dejarse invadir por la pulsión de muerte y sus avatares –impotencia, desconfianza, rabia, angustia de abandono, desánimo y sentimiento de inutilidad, etc.–, sino para mantener la confianza en sí mismo, en sus colegas, en sus compañeros de otros equipos y, en definitiva, en la capacidad de Isabelle para recuperarse, le permitió reactivar y desarrollar la pulsión de vida. Ello permitió controlar y contener mejor la pulsión de muerte y expresar sus angustias, sus necesidades y sus experiencias vitales de formas distintas a la rabia y la violencia.

Este artículo también lo refleja y suena como un montón de “¡Bravo!” y “¡Gracias!”, dirigidos a todos y cada uno de nosotros. Sin caer en la autosatisfacción narcisista, no hay nada malo en sentirnos bien con nosotros mismos y lo necesitamos para poder seguir ocupándonos de estos y estas jóvenes, sus ansiedades y su violencia, de forma benévola.

Agradecimientos

Autoras y autores agradecen a Irene Pernias Ramos, psicóloga del Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Bruselas.

Referencias

- Archer, Caroline. 2007. *Enfant qui a mal, enfant qui fait mal? Tome 2: grands enfants, adolescents: Conseils pour les parents adoptifs et les parents*. Bruselas: De Boeck Université, Parentalités.
- Berger, Maurice. 2012. *Soigner les enfants violents*. París: Dunod.
- Bonneville, Emmanuelle. 2010. "Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant". *Psychiatrie de l'Enfant* 53 (1): 31-70. <https://bit.ly/3WekA1n>
- D'Alcantara, Ann. 2018. "Apport de la tenségrité pour penser le travail en équipe". Conferencia dictada en el Hospital Neuropsiquiátrico Saint-Martin. Bélgica, 19 de enero. <https://bit.ly/3OnEo0l>
- Delion, Pierre. 2019. *Etre porté pour grandir*. Bruselas: Yapaka.
- Kaisin, Patrick, Sarah Ameye, Valérie Boucau, Bernadette Lallemand, Camille Noël, Vanessa Pirlot, David Van Ypersele y Emmanuelle Lempereur. 2022. "Soigner nos liens pour soigner le lien: du lion au singe en passant par la licorne". *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* 68 (1): 89-118. <https://doi.org/10.3917/ctf.068.0089>
- Lanquetin, Jean-Paul. 2015. "La place de l'informel en psychiatrie". *Pratiques en Santé Mentale* 61 (1): 59-67. <https://bit.ly/3pR5mn1>
- Lemay, Michel. 1993. *J'ai mal à ma mère*. París: Fleurus.
- Leysen, Marc. 1992. "Nager à contre-courant". Texto de una conferencia pronunciada durante los Encuentros Franco-Anglo-Belgas de Tenneville (Bélgica), 11 de octubre.
- Liotti, Giovanni. 2009. "Attachment and dissociation". En *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, editado por Paul F. Dell y John A. O'Neil, 53-66. Nueva York: Routledge.
- Omer, Haim. 2017. *La nouvelle autorité. parents, enseignants, communauté*. París: Fabert.
- Roussillon, René. 1995. "L'institution comme dispositif symbolisant". Notes de conférence, Le Coq, automne.
- Segal, Hanna. 1985. *Mélanie Klein, développement d'une pensée*. París: Presses Universitaires de France.
- Winnicott, Donald. 2004. *Agressivité, culpabilité et réparation*. París: Payot.