

AVANCES EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR RESILIENCIA EN NIÑOS HIV DE TRANSMISIÓN VERTICAL

PROGRESS IN THE CONSTRUCTION OF AN INSTRUMENT TO ASSESS RESILIENCE IN CHILDREN WITH HIV VERTICAL TRANSMISSION

Jorge A. Goldberg¹

Resumen

Este trabajo reseña los avances en la construcción de instrumento capaz de captar el estado anímico actual de niños afectados por el HIV, el cual contrajeron por transmisión materna. El instrumento permite detectar estado anímico actual en la escena de juego y diálogo concreto entre el paciente y su terapeuta. Consiste en una operacionalización de los conceptos de resiliencia y de trauma. Instruye respecto de: 1) contenido específico de las escenas y 2) estado anímico en que estas se producen, el cual es afín a la concentración, a la relajación. Ambos, son inherentes a la posición resiliente. Precisa, a su vez, las características de la posición traumática que se caracteriza sea por la ausencia de las referidas escenas, sea por estados anímicos como la apatía o la catarsis. Este instrumento está pergeñado con los fundamentos teóricos psicoanalíticos, concibiendo que las dos categorías que evaluamos (posición resiliente/posición traumática) son una derivación, respectivamente, de la pugna entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

Palabras clave: niños, HIV, resiliencia, alianza terapéutica.

Abstract

This work reviews progress in the construction of an instrument capable of capturing the current mood of children affected by HIV contracted by maternal transmission. The instrument can detect current mood in the play scene and concrete dialogue between patient and his therapist. It consists in an operationalization of the concepts of resilience and trauma. It's instructive with respect to: 1) specific content of the scenes, and 2) mood in the scenes, as related to concentration, relaxation. Both are inherent to the resilient attitude. It specifies, in turn, characteristics of the traumatic attitude, characterized by absence of such scenes, because of moods such as apathy or catharsis. This instrument has been conceived within the theoretical foundations of psychoanalysis, admitting that the two categories that we consider (resilient attitude/

¹ Psicoanalista. Doctor en Psicología y Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Docente de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Psicólogo de planta del Hospital Muñiz.

traumatic attitude) are a derivation, respectively, of the struggle between the life drive and the death drive.

Keywords: children, HIV, resilience, therapeutic alliance.

Un estudio de la alianza terapéutica y sus vicisitudes en la clínica del desvalimiento

1. Introducción

El instrumento que presentaremos tiene como destinatario a los terapeutas que atienden niños, niñas y adolescentes que adquirieron el HIV por vía vertical. El objetivo con el que fue diseñado es contribuir a detectar, en el diálogo terapéutico concreto, las siguientes cuestiones:

- a) Si el paciente en el momento actual se halla en una posición subjetiva acorde a la resiliencia u otra más propiamente traumática.
- b) En qué medida la labor del terapeuta resulta un influjo constructivo u obstructivo respecto de la posición psíquica del paciente.
- c) Facilitar una inferencia acerca de la calidad de alianza terapéutica que se detecta en el diálogo terapéutico concreto.

Este instrumento cualitativo procura colaborar con la investigación del terapeuta fuera del trabajo clínico concreto, ya que se aplica respecto del material de sesión luego de que la misma haya culminado. En ese aspecto es comparable a otros instrumentos, a los que tomamos como modelo, entre ellos el ADL (Maldavsky, 2004,2007) o la tabla que W. Bion propuso en su momento (1966). Nuestro instrumento –al igual que los recién citados– incluye categorías para aplicar respecto de materiales concretos de sesión, en especial detecta: a) el contenido de relatos del paciente y b) el de las intervenciones clínicas del terapeuta. Respecto de estas últimas, toma en consideración si las mismas resultan constructivas u obstructivas.

2. Relevancia del problema

Los niños que contrajeron el HIV vía contagio materno constituyen un grupo en condición vulnerable al menos por la coincidencia de cuatro elementos.

Cuadro 1: Vulnerabilidad en niñ@s afectados por el HIV

El contagio en vida intrauterina y/o en el tiempo inicial de la vida posnatal de una enfermedad incurable.
La enfermedad es crónica, requiere tratamiento de por vida en tanto que otros significativos (hermanos, primos etc.) pueden no haberla contraído.
Frecuentemente la misma enfermedad produce el deterioro y la muerte de progenitores (y a veces también de hermanos).
Niños que contrajeron el HIV por vía vertical (durante la gestación y/o el amamantamiento temprano), no tuvieron la posibilidad de interponer defensa alguna (inmunológica o psíquica) en el momento en que contrajeron la patología y ni siquiera disponen de recuerdos ni de vivencias propias para apoyar un pensar acerca de ese momento, a la vez ajeno y crucial, para el resto de sus vidas.

La bibliografía que trata acerca del abordaje psicológico de los niños afectados por el HIV, tiene una característica: aporta recomendaciones generales (por ejemplo, pautas para decidir a qué edad resulta pertinente informar al niño respecto del diagnóstico seropositivo). No existen –en bibliografía actual– instrumentos para detectar resiliencia en estos chic@s. La disposición resiliente es crucial para estos pacientes, ya que esta constituye una manifestación de genuina vitalidad subjetiva, una de las herramientas más valiosas que se contraponen a que las referidas condiciones de vulnerabilidad se entronicen en estados de desvalimiento duradero. Tampoco existen instrumentos que evalúen la calidad de la labor del terapeuta en relación con estos niños. El instrumento que propondremos en este trabajo incluye pautas para evaluar el desempeño del terapeuta, específicamente si con sus intervenciones contribuyó u obstruyó en el acceso del paciente a la posición resiliente. En síntesis: esta propuesta viene a ocupar un hueco en el estado actual del conocimiento en esta área del ejercicio profesional del psicólogo.

3. Marco conceptual: fundamento epistemológico de la propuesta

Diversos autores (Bion, 1963a), Liberman (1970), Maldavsky (2007) sostuvieron que la vitalidad de la actividad clínica psicoanalítica y su renovación teórica requería, de parte de sus practicantes, la actitud de zanjar la distancia entre las teorías abstractas y las escenas concretas que emergen desde el decir y el hacer de un paciente concreto en sesión. W. Bion (ob. cit.) alentó en los analistas la disposición a crear modelos. D. Liberman –en la misma línea– contribuyó con la formulación de generalizaciones empíricas, entendiéndolo por ello, la plasmación de conceptos que estén a mitad de

camino entre las teorías generales y las manifestaciones concretas de los pacientes durante la sesión. Nuestro instrumento fue confeccionado siguiendo esa orientación epistemológica.

4. Definiciones conceptuales

Pulsión de apoderamiento: Freud (1920a) afirma que existe una pulsión cuya meta es procesar los traumas, la denomina pulsión de apoderamiento y le atribuye un mecanismo defensivo específico: el hacer activo lo padecido. Esta pulsión constituye un testimonio de que existen en el psiquismo tendencias más originarias e independientes del principio del placer.

Deseo de saber: W. Bion (1972) afirma que el deseo de conocer surge muy tempranamente en la vida anímica. Sostiene que la inanición de verdad es para el psiquismo lo que la inanición alimentaria es para la salud orgánica. Según este autor uno de los elementos que diferencia la salud mental respecto de la patología es el peso que tiene la curiosidad, el deseo de verdad, en la estructura psíquica. La curiosidad a la que se refiere es la que apunta a captar la subjetividad de los otros significativos y la propia. Es indisoluble de una experiencia emocional. Bion ejemplifica así: si la visión del objeto odiado se pone en conjunción con la de objeto amado y la conjunción confirma que se trata del mismo objeto, el sujeto experimenta una sensación de verdad (Bion, 1990, ob. cit.).

Pulsión de sanar: Freud (1913a) sostiene que esta pulsión es el aliado más importante del terapeuta para el logro de los cambios clínicos benignos. Freud afirma que esta pulsión en el paciente requiere del aporte del terapeuta que en la dirección de la cura propone un rumbo a la pulsión de sanar. El concepto de pulsión de sanar puede conectarse al cumplimiento de la meta de la pulsión de auto conservación, que es la de garantizar a cada ser vivo su muerte peculiar (por la claudicación de la capacidad para neutralizar los propios deyeectos tóxicos) y alejar otros modos del fenecer que no le sean los propios (Freud, 1920). A su vez, la actividad del sistema inmune contribuiría a esos mismos fines.

Concepción genérica de conflicto psíquico: Freud (1920, ob. cit.) sostuvo que el conflicto psíquico crucial se plantea entre Eros, cuya meta es crear unidades más complejas y la pulsión de muerte que se orienta por la meta inversa: descomplejizar, conducir lo vivo a lo inorgánico, al estado inerte.

Concepto genérico de resiliencia: en el último tiempo se ha utilizado este término descriptivo para agrupar un conjunto de situaciones, grupales o individuales cuyo elemento en común lo constituye el sobreponerse a ciertas circunstancias muy desfavorables y el salir fortalecido de ellas. Zukerfeld (1994) define resiliencia como “una capacidad del psiquismo de capturar lo traumático –gracias a algún soporte vincular– creando condiciones psíquicas nuevas”.

La función del procesamiento psíquico en niños que contrajeron el HIV por vía vertical: los niños que contrajeron el HIV por vía vertical (durante la gestación y/o el amamantamiento temprano), no tuvieron posibilidad de interponer defensa alguna (inmunológica o psíquica), ya que la transmisión del virus aconteció en un estado de máximo desvalimiento, en un tiempo pre subjetivo del cual no quedan ni vivencia ni recuerdo a los que el niño pueda acceder. En nuestra experiencia clínica, existe un momento clave desde el punto de vista de la salud mental de estos niños. Ocurre cuando comienzan a desplegar interrogantes respecto de las causas por las que su cuerpo debe someterse a la toma continua de medicamentos y, sus vivencias y recuerdos, no le aportan pistas que le permitan entender las razones que otorguen sentido al esfuerzo de amoldarse a la rutina de la ingesta de medicación, vivida frecuentemente como una exigencia antojadiza de los adultos. Tanto más es así en la medida en que nuestros pacientes saben que otros niños están exentos de la obligación de tomar remedios. Este desfase entre un requerimiento corporal y anímico continuo (ingerir la medicación diariamente, someterse a extracciones de sangre y controles médicos periódicos) y la falta de vivencias y recuerdos propios de los que asirse promueve –en los niños con vitalidad anímica– un trabajo cuya meta es dotar de figurabilidad a los asuntos nodales que requieren ser pensados, de modo que el niño pueda apropiarse subjetivamente de su situación. Este trabajo psíquico reúne un abanico de pulsiones entre las que destacamos tres en especial: la de apoderamiento (Freud, 1920, ob. cit.) la de saber (Bion, 1972 ob. cit.) y la de sanar (Freud, 1913, ob. cit.). *Estas pulsiones tejen una urdimbre de escenas nucleares en función del procesamiento psíquico*, prototípicas, las que a continuación, describimos de acuerdo con su *contenido* del siguiente modo: 1) ubicarse en posición activa respecto de situaciones que se caracterizan por ser de máximo desvalimiento: los momentos en que al niñ@ le es transmitida la patología, como así también vivencias traumáticas acaecidas en las internaciones hospitalarias, 2) Captar la naturaleza y origen de la enfermedad, 3) Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que nutren el cuerpo y la mente, y 4) Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse.

Estas escenas remedan la falta de la materia prima de percepciones y recuerdos, y tienen la función de dotar de figurabilidad a los asuntos nodales que requieren ser pensados para que el niño pueda apropiarse subjetivamente de su situación orgánica, sus determinantes y sus consecuencias. Y, de ese modo, transformar a la patología somática en un objeto psíquico aprehensible a través de los órganos de los sentidos, los sentimientos y los pensamientos.

La posición traumática: esta posición se constituye tomando en consideración las condiciones de vulnerabilidad antedichas (ver pp. 1 y 2) y la falta de procesamiento anímico que se infiere en los niños en los que predominan estados como la apatía, descargas catárticas, hostilidad pasiva y escasa disposición a jugar. De tal modo, las condiciones de vulnerabilidad pueden desencadenar en una posición traumática cró-

nica. Cuanto mayor es el peso de la posición traumática, tanto menor es la capacidad psíquica de dotar de figurabilidad a los traumas. En estas desfavorables circunstancias la pulsión de muerte se hace nítida por su mudez (Freud, 1940a).

Definición general de alianza terapéutica: en el vínculo terapéutico paciente y terapeuta tienen funciones específicas y pueden contribuir constructiva o negativamente en el logro de las metas de la terapia (Maldavsky, 2007).

5. Definiciones operacionales

Definición operacional de conflicto anímico en niños y niñas HIV de transmisión vertical: en pacientes que contrajeron el HIV en estado de indefensión orgánica y anímica, es importante detectar el lugar que esta enfermedad –marca orgánica indeleble– ocupa en la economía subjetiva. A grandes rasgos digamos que una alternativa es que quede ubicada como un mandato a morir en una ley ajena (la del o los progenitor/transmisor/es). Esta marca orgánica puede multiplicar su eficacia de mandato en la medida en que el o los progenitores hayan fallecido efectivamente. Digamos al respecto que Freud (1923a) estudia la metapsicología de la decisión psíquica de quien cesa de luchar, se entrega ante la adversidad. Sostiene que cuando el sujeto llega a la conclusión de que determinada realidad hostil tiene un poder desmesurado respecto de las propias fuerzas (estas incluyen a las personas que aman al yo y/o el superyó protector) el sujeto puede claudicar o dicho en términos de Freud, dejarse morir (ob. cit.). La hemos denominado posición traumática. La otra alternativa respecto de esta marca orgánica que dejan los padres, es transformarla en un estímulo para desplegar el trabajo de Eros. Esto es lo que logran chic@s que acceden a la posición resiliente.

La relación de los pacientes con ambas posiciones suele ser dinámica. Puede transitar entre los matices de una u otra posición o aferrarse más duraderamente a alguna de ellas.

La posición resiliente en la clínica se expresa a través de escenas que constituyen testimonio de una tarea crucial, la del procesamiento psíquico (del que nos ocuparemos ahora).

Definición operacional de resiliencia en niñ@s HIV: utilizaremos dos elementos para operacionalizar resiliencia tal como la detectamos en la sesión terapéutica de niñ@s que contrajeron el HIV por transmisión vertical.

1) El surgimiento en la sesión de una o más de una de las cuatro escenas antes referidas

Cuadro 2: Operacionalización del procesamiento psíquico

<ul style="list-style-type: none">• Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento que padeció la transmisión de la patología (y de vivencias hospitalarias traumáticas).
<ul style="list-style-type: none">• Captar la naturaleza y origen de la enfermedad.
<ul style="list-style-type: none">• Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que nutren el cuerpo y la mente.
<ul style="list-style-type: none">• Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse (invertir psíquicamente el sistema inmunitario).

2) El estado anímico y contextual en que surgen esas escenas

Que el niño produzca en el trabajo con el terapeuta escenas con el contenido antedicho es un elemento importante a la hora de considerar su disposición hacia asumir una posición resiliente, aunque no es el único. Cabe especificar que el estado anímico óptimo, el que facilita que la producción de estas escenas resulte una experiencia emocional aprovechable, es el de la concentración (Winnicott, 1971) o lo que W. Bion (1963 ob. cit.) denomina estado de atención relajada, al que atribuye gran relevancia respecto del logro del descubrimiento psíquico. Freud, a su vez (1950a), alude a que el aporte de estímulos contextuales a la hora de que el psiquismo se provea de nuevas vivencias e inscriba recuerdos, no ha de ser ni muy intenso ni nulo. Ambas condiciones: estado emocional de relajación y concentración y un contexto no desértico ni nulo, se complementan.

Cuadro 3: Operacionalización de la posición traumática

<ul style="list-style-type: none">• El contagio orgánico ocurrido en estado de máximo desvalimiento se traspone al plano psíquico como tendencia a repetir en los hechos un trauma que podemos denominar así: padecer experiencias avasallantes en estado de indefensión.
<ul style="list-style-type: none">• Captarse afectado duraderamente por una enfermedad que otros seres significativos (hermanos, p, ej.) no padecen, da lugar a la vivencia de sentirse portador de un rasgo menospreciado e inalterable. El trauma se puede denominar sentimiento de inferioridad.
<ul style="list-style-type: none">• Admitir la condición de incurable de la enfermedad, detectar que comparte con el/los progenitor/es la patología que causó el deterioro o la muerte de estos, puede dar lugar a la posición de bajar los brazos, dejarse morir.

Operacionalización del concepto de función terapéutica: distinguimos en la acción terapéutica concreta dos grandes alternativas: el ejercicio óptimo y el entrapamiento clínico.

1) Ejercicio óptimo de la función terapeuta: En pacientes con disposición a la resiliencia, esta requiere de un soporte contextual para poder plasmarse. Un terapeuta activo capaz de captar en los pacientes la disposición a producir escenas y, según corresponda, realizar acciones diversas tales como: I) prestarse como objeto para la hostilidad auto afirmativa del paciente, II) ubicarse como testigo silencioso, III) focalizar en un sector de la producción del paciente, IV) interrogar acerca de determinado personaje o acción del juego, V) focalizar en un aspecto crucial del material, VI) formular una interpretación precisa.

Para evaluar la pertinencia/no pertinencia de cada intervención clínica en las escenas específicas de la sesión, nos formularemos en cada escena del diálogo terapéutico las siguientes preguntas: a) ¿Facilita el despliegue de las referidas escenas nucleares o lo obstruye?, b) ¿Mantienen o mejoran el estado de confianza del paciente en el terapeuta o, por el contrario, inducen a la desconfianza?

Ante un niño/a en posición traumática el ejercicio óptimo de la labor del terapeuta consiste en una actitud que denominamos espera activa. Esta se basa en no avasallar, no precipitarse ante la reticencia del paciente, manteniendo la disposición anímica para encontrar en sus propios recursos un camino de encuentro con el paciente.

2) El entrapamiento del terapeuta: respecto de pacientes en posición traumática consiste en actuar el rol de un sujeto traumatizante (Maldavsky, 2007). En los hechos el entrapamiento se plasma, por ejemplo, en ejercer el desempeño terapéutico con una actitud expulsiva, excesivamente distante entre otras posibilidades (ver más detalle en el cuadro 5). Respecto de pacientes con disposición a la resiliencia, el entrapamiento del terapeuta consiste en interferir el despliegue de las escenas que empujan desde el paciente en pos de alcanzar figurabilidad. El terapeuta ante este estímulo puede quedar desconectado de su creatividad por efecto de una defensa hostil (Bion, 1990 ob. cit., Maldavsky, 2007), de lo cual resulta que el analista queda ubicado en el lugar de un personaje deprivador, tal como lo plantea Winnicott (1991, ob. cit.).

Podemos, esquemáticamente, establecer dos momentos en la labor del terapeuta en relación con la producción de las escenas que contribuyen al trabajo de resiliencia.

a) El terapeuta capta la potencialidad de ciertos actos del paciente (dibujos, actividades motrices en el juego, ciertas frases) para dotar de figurabilidad algún aspecto nuclear de la historia de su vulnerabilidad en relación con la patología orgánica de base y/o de los traumas de su grupo familiar, imposibles de decir con palabras.

b) El terapeuta propicia actos subjetivos dirigidos a contribuir a que el paciente invista el trabajo de digerir psíquicamente (Bion, 1963, ob. cit.), de pensar su vulnerabilidad.

Cuadro 4: Presentación de los niveles de determinación de las escenas del paciente

<p>Pulsión de vida</p>	<p>Procesamiento pulsional</p> <p>Pulsiones: apoderamiento, sanar, saber</p>	<p>Escenas en sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacerse activo respecto del desvalimiento en que padeció la transmisión de la patología (y de vivencias hospitalarias traumáticas). • Captar la naturaleza y origen de la enfermedad. • Captar la distinción entre objetos tóxicos y tróficos. • Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse (invertir psíquicamente el sistema inmunitario). 	<p>Estado anímico prevalente</p> <p>Concentración afín a la disposición a la experiencia emocional, realidad externa no avasallante</p>	<p>Posición resiliente lograda</p>
<p>Pulsión de muerte</p>	<p>Estados de indefensión</p> <p>Sentimientos de inferioridad</p> <p>Dejarse morir</p>	<p>Escenas en sesión</p> <p>Los estados de indefensión, el sentimiento de inferioridad, la decisión de dejarse morir interfieren en la producción de las cuatro escenas que caracterizan la posición resiliente, las que no se detectan en las manifestaciones clínicas del paciente.</p>	<p>Abulia, estados catárticos, dispersión de la atención</p>	<p>Posición traumática prevalente</p>

Definición operacional de alianza terapéutica:

Aporte constructivo del terapeuta a la alianza terapéutica: consiste en detectar el núcleo problemático en cada sesión y formular intervenciones que apunten en dirección a que el paciente enfoque y procese el conflicto psíquico. El influjo obstructivo del terapeuta consiste en no rectificarse cuando pierde el foco de los problemas nodales del paciente

Aporte constructivo del paciente a la alianza terapéutica: consiste en contribuir a que el terapeuta focalice su atención respecto de los núcleos de angustia relevantes en esa sesión. El paciente obstruye su propio tratamiento ratificando al terapeuta cuando este adopta un camino clínico que no conecta con el foco de angustia de ese momento

La alianza terapéutica constructiva tiene como componente crucial a la confianza, la cual se afianza en la medida en que terapeuta y paciente afinan la delimitación de los problemas y el modo de abordarlos. En la alianza terapéutica obstructiva se da lo inverso: cuanto más conecta el terapeuta con la angustia del paciente, más crece la desconfianza de este en el terapeuta.

6. El estado traumático actual y el proceso clínico

Dado que nuestro instrumento se aboca a detectar el estado actual (para lo cual toma en consideración un conjunto reducido de sesiones) en el caso de detectar estados de apatía o de catarsis acompañado de escenas traumáticas este diagnóstico de situación nos resulta un desafío terapéutico a encarar en la continuidad del proceso clínico: el lograr la contribución del paciente para trabajar en pos de un cambio de posición subjetiva

7. Uso del instrumento: criterios para decidir; inclusión de una tercera categoría

El terapeuta a la hora de hacer uso del instrumento puede detectar situaciones clínicas complejas, en que le sea difícil decidir por una opción u otra. Por ejemplo, que el paciente en el contexto de un estado emocional catártico haya producido frases o juegos que aluden a las escenas prototípicas de la posición resiliente. Una de las dificultades mayores se presenta cuando se trata de colegir el estado de la atención de un paciente en una sesión determinada. Es que el estado de la atención suele ser fluctuante y en una sesión puede haber momentos de dispersión y otros de concentración. Para contribuir en la toma de decisiones, sugerimos tomar en cuenta el criterio siguiente: si en la sesión entre terapeuta y paciente lograron plasmar alguna de las cuatro escenas cruciales en un contexto de concentración, de relajación, de interés (aunque antes o previamente haya habido estados de dispersión, catarsis) podemos considerar que esa sesión deja un sedimento aprovechable para el procesamiento psíquico, que puede ser insumo de trabajo en sucesivas sesiones. Por lo tanto, consideraremos prevalente la posición resiliente en el paciente y –respecto de la evaluación de la labor del terapeuta– la calificaremos de constructiva. Si de todas maneras, sea por la complejidad del material o por las actuales insuficiencias de nuestro instrumentos nos es difícil tomar una decisión incluiremos una categoría a la que denominamos estado de transición que posibilita clasificar un conjunto de escenas en las que resulta difícil decidir po-

sitivamente (posición resiliente/posición traumática) ya que presentan características mixtas como las señaladas al inicio de este apartado.

Cuadro 5: Presentación del instrumento

Paciente				Terapeuta	
Escenas Nucleares/Posiciones					
<p>Escenas detectadas</p> <p>1) Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento en que padeció la transmisión de la patología (y de vivencias hospitalarias traumáticas).</p> <p>2) Captar la naturaleza y origen de la enfermedad.</p> <p>3) Captar la distinción entre objetos tóxicos y tróficos.</p> <p>4) Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse (invertir psíquicamente el sistema inmunitario).</p>	<p>Estado anímico prevalente</p> <p>Estado de relajación</p> <p>Estado de apatía, Atención dispersa, Catarsis</p>	<p>Posición resiliente</p>	<p>Posición traumática</p>	<p>Estado de transición</p> <p>Ejemplo de categoría: coexistencia de algún fragmento de alguna de las cuatro escenas con estados catárticos o dispersos de la atención. Encuentro y desencuentros vinculares sucesivos sin que se logre establecer una pauta ordenadora.</p>	<p>Función del terapeuta en la escena</p> <p><i>Las intervenciones tienen una función óptima cuando:</i></p> <p>1) mantienen o mejoran el estado de confianza del paciente en el terapeuta,</p> <p>2) se presta como objeto para la hostilidad autoafirmativa del paciente,</p> <p>3) facilitan el despliegue de las escenas meta que puede lograr con los siguientes recursos,</p> <p>3a) se ubica como testigo silencioso ante un paciente que despliega escenas significativas,</p> <p>3b) focaliza oportunamente un aspecto del material,</p> <p>3c) interroga al paciente acerca de determinado personaje o acción del juego y facilita la continuidad del proceso elaborativo,</p> <p>3d) formula una interpretación que facilita la continuidad del proceso elaborativo,</p> <p>4) practica la espera activa como estrategia para no invadir al paciente traumatizado.</p> <p><i>Las intervenciones tienen una función obstructiva cuando de las mismas se infiere que:</i></p> <p>1) utiliza el contrato terapéutico como escudo del compromiso afectivo y la actitud creativa,</p> <p>2) hace del paciente objeto de catarsis,</p> <p>3) seduce al paciente,</p> <p>4) ubica al paciente como objeto de una supuesta gesta heroica profesional (psicólogo que salva),</p> <p>5) potencia las quejas y los lamentos del paciente.</p>

8. *Secuencia de pasos en el uso del instrumento*

- Transcribir la sesión o, en su defecto, disponer de notas que describan el diálogo clínico de modo pormenorizado.
- Estudiar en la transcripción de la sesión si se detectan una o más de una de las escenas que expresan la posición resiliente y/o la posición traumática. ¿Hay indicios de un estado de transición? Registrarlo en el casillero correspondiente.
- Dilucidar el estado emocional del paciente durante el intercambio y registrarlo en el casillero correspondiente.
- Estudiar la(s) intervención (es) del terapeuta en sesión. Detectar en primer lugar si se puede incluir en alguna de las categorías que propone el instrumento. Luego, dilucidar si el analista contribuyó a que el paciente resiliente sostenga y/o enriquezca el desarrollo de las escenas o mejore el estado anímico en que las produce (por ejemplo, tras la intervención del terapeuta, el paciente ¿continúa jugando relajado?, ¿focaliza en un determinado problema?) o todo lo contrario (tras la intervención el paciente se excitó o su atención quedó dispersa). En caso de que el paciente se ubique en posición traumática, cabe considerar si el terapeuta puso en práctica la espera activa o actuó el rol de un sujeto traumatizante.
- Evaluación de los datos con el objeto de establecer una conclusión acerca de la posición prevalente en el paciente y de la calidad de la labor del terapeuta en esa sesión. Sugerimos que antes de establecer la calificación para cada uno de los integrantes del vínculo, el investigador clínico explore el aporte a la calidad de la alianza terapéutica de uno y otro. Del siguiente modo: deben formularse las siguientes preguntas para reestudiar el material: el paciente y terapeuta ¿cooperan invistiendo las aportaciones más constructivas del otro y desechando las obstructivas?, ¿acaso ocurre lo contrario? Dado que el trabajo de procesamiento psíquico de estos niños tiene una connotación vincular, la cooperación respecto del trabajo orientado hacia esa meta, resulta un elemento valioso a la hora de establecer la disposición a la resiliencia del paciente y el aporte constructivo del analista.

9. *Puesta a prueba del uso del instrumento: sesión con Álvaro*

Álvaro en el momento de la sesión cuenta con seis años, y contrajo el HIV por vía vertical.

- I) Tras ingresar al consultorio, a Álvaro le llama la atención un bicho de plástico que encuentra en la caja de juegos. Lo aprehende y luego lo pone en el suelo. Lo pisa y exclama: “¡¡Me picó!!”.
- II) Vuelve a tomar el bicho entre sus manos, se dirige a la puerta, la abre y lo deja puertas afuera del consultorio. El terapeuta hace una pregunta al respecto, que el paciente no contesta.
- III) Ahora tiene una moto entre sus manos. La hace aparecer y desaparecer. Luego la hace andar sobre la mesa. De pronto se le traban las ruedas. Anuncia: “Hay que

arreglarla”, lo intenta y las ruedas se destraban, aunque enseguida se vuelven a trabar. Se ofusca y la deja en la mesa. Toma en sus manos un auto, enseguida lo suelta. Luego aferra un muñeco, le aprieta el cuello, lo ahoga. Hace lo mismo con otro muñeco. Lo suelta.

- IV) Usa el teléfono de juguete para llamarme por teléfono. El terapeuta le dice: ¿Sabes que vi? A un nene al que le picó un bicho. Después el nene puso el bicho afuera de la habitación, pero el bicho lo dejó con furia. El nene se sacó la furia ahogando a otros nenes que el bicho no había picado.
- V) Luego Álvaro se distrae con objetos de uso médico que se encuentran en el consultorio. Luego pide lavarse las manos.
- VI) El terapeuta hace referencia al bicho que dejó puertas afuera del consultorio. Abre la puerta, grita airadamente “bicho puto” (lo hace dos veces) y luego vuelve a cerrar dejándolo excluido.

Evaluación de la posición del paciente en la sesión:

a) Detección de escenas de procesamiento psíquico

En este material detectamos las siguientes escenas del procesamiento psíquico:

- Captar la naturaleza y origen de la enfermedad: En I) se despliega la representación de un bicho que ataca el cuerpo. Es un modo de darse una elemental respuesta a la pregunta acerca de la naturaleza y origen de la propia enfermedad. “Bicho” es el nombre que encuentra su procesamiento psíquico en ese momento. Es el fundamento desde el cual su mente eventualmente podrá dar significación ulteriormente al concepto –más abstracto y emocionalmente más arduo– de que el virus lo contrajo por vía materna). Respecto de la naturaleza y origen de la propia enfermedad, la configuración de una escena en que la defensa (el pisotón), simultáneamente se ejecuta y fracasa (“me picó”), resulta la escenificación de parte de la historia de su enfermar: el del fracaso de su inmaduro sistema inmunitario para defenderlo. Este modo de darle figurabilidad a ese evento pre- subjetivo constituye un requisito para dotar de investidura, de significación psíquica a la activación de las defensas (las inmunológicas y las psíquicas).
- En I) detectamos también el hacerse activo respecto del desvalimiento en que padeció la transmisión de la patología (y de vivencias hospitalarias traumáticas). Nos referimos al momento en que se auto provoca la picadura (“me picó”). Es un modo de hacerse activo respecto de dos circunstancias de máxima pasividad: uno nuclear: los momentos presubjetivos en que aconteció la transmisión del virus, el otro actual: la de las extracciones de sangre que ocurren en sus internaciones en el hospital.
- Esclarecer la confusión entre las sustancias u objetos tóxicos de aquellos cuya función es trófica: en II) y VI) cobra importancia adjudicar toxicidad del objeto al que atribuye el ataque (bicho) y las medidas que toma para mantenerse a resguardo de nueva exposición (ubicarlo tras la puerta). Luego en V) Aldo dirige su atención a objetos de uso médico tras lo cual decide lavarse las manos. No nos es posible establecer si

la medida precautoria de lavarse las manos tiene como fundamento eliminar la toxicidad del bicho que estuvo manipulando previamente o si atribuye también a los objetos de uso médico un componente tóxico. De un modo u otro en este tramo del material Alvaro parece estar tratando de dirimir que es lo que considera tóxico, y una de las acciones a las que atribuye un valor desintoxicante es a la del lavado de las manos

• Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse (invertir psíquicamente el sistema inmunitario y disponer de energía psíquica para luchar contra una enfermedad que se revela perdurable) es uno de los desafíos más complejos para la vitalidad anímica de estos chicos. Surge cuando admiten su condición de “enfermos” de una enfermedad perdurable (llamamos de este modo al estado en que el chico declina la ilusión de una cura mágica). El surgimiento de pensamientos tales como: ¿es posible defenderse de aquello que ya me enfermó, o solo resta bajar los brazos? De ser posible defenderse: ¿de qué y cómo hacerlo? Hay al menos dos secuencias en las que Alvaro *luego* de ser picado, promueve nuevas acciones. Una (ver III), es el esfuerzo por arreglar, por sanar, el cual despliega con la moto a la que se le traban sus ruedas. La otra es la secuencia de ubicar al agente de la picadura puertas afuera luego e ir a hasta ese lugar y atacarlo con insultos (ver II y VI). Esta parte de su juego nos advierte que quizás Aldo haya comenzado a habilitar esos interrogantes para su trabajo psíquico actual.

b) Posición traumática: se expresa en un fragmento del material, especialmente en III), en el cual el esfuerzo de arreglar con sus manos un objeto (la moto) resulta fallido. Tras cartón su atención y sus manos conectan frágil y sucesivamente con dos objetos el auto y el muñeco. Estas maniobras en un estado atencional disperso, culminan con un acto catártico (apretar el cuello del muñeco). Inferimos que el trauma en juego es el captarse afectado duraderamente por una enfermedad que otros seres significativos (hermanos, por ejemplo) no padecen, lo que da lugar a la vivencia de sentirse portador de un rasgo menospreciado e inalterable con el consecuente sentimiento de furia e injusticia duraderas. El esfuerzo por arreglar con sus propias manos tal estado rabioso resulta infructuoso y eso parece contribuir a la consumación del acto catártico.

c) Dilucidación del estado emocional del paciente en sesión: Entre los fragmentos I y III el paciente oscila entre plantear escenas inherentes al procesamiento (la picadura del bicho, el acto de arreglar) y la reinvestidura de un estado traumático (ver b)). En IV se rescata, vuelve a tomar contacto con el terapeuta al llamar por teléfono. El fragmento V tiene matices, reaparece la dispersión de la atención (se distrae con objetos de uso médico) y luego con un acto motriz (lavarse las manos) parece retomar el decurso de algunas de las escenas previas (las manos que se lavan son las que durante el fragmento II tomó el bicho que lo picó y las que en el fragmento III ahogaron al muñeco). En VI logra retomar –con la colaboración del analista– el contacto con escenas nucleares (). Concluimos que prevalece ya que logra plantear un problema y a escen

Evaluación de la pertinencia del trabajo del terapeuta

En I) el terapeuta se ubica como testigo silencioso. En (II) el terapeuta cambia de lugar: interroga a Alvaro sobre un aspecto del juego, el niño sigue concentrado en su juego y no le hace lugar. El terapeuta retoma la posición de testigo silencioso y solo

vuelve a modificar su postura en IV) cuando tras el llamado del paciente, formula una interpretación (sabés que vi...) con la que enfatiza el sentimiento hostil y vengativo de Álvaro, resultante de sentirse objeto de un ataque. Tras cartón el analista realiza una nueva intervención (ver VI), que es una focalización de la atención en el bicho que Álvaro había dejado fuera del consultorio, la cual resulta pertinente, ya que le permite al paciente desplegar un nuevo acto subjetivo por el cual – vía insulto – (bicho puto) con el cual da cauce a un deseo hostil de un modo más específico que cuando apretaba el cuello de los muñecos (ver III).

A continuación, presentaremos en un cuadro los resultados que arroja el uso del instrumento en la sesión de Álvaro.

Cuadro 6: Evaluación de la posición del paciente y el desempeño del terapeuta

Escenas detectadas	Estado anímico prevalente	Posición resiliente	Posición traumática	Estado de transición	Función del terapeuta en la escena
1) Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento que padece en la transmisión de patología (X) 2) Captar la naturaleza y origen de la enfermedad (X) 3) Captar la distinción entre objetos tóxicos y tróficos (X) 4) Admitir el carácter crónico de la enfermedad y la utilidad de defenderse (invertir psíquicamente el sistema inmunitario) (X)	Estado de relajación (X) Estado de apatía, atención dispersa, catarsis (X)				<p>Función óptima Acciones detectadas: prestarse como objeto de uso Focalizar un aspecto del material (X) Interrogar al paciente acerca de personaje o acción del juego (X) Formular una interpretación oportunamente (X) Ubicarse como testigo silencioso (X) Practica la espera activa</p> <p>Entrampamiento clínico Acciones Actitud expulsiva, Actitud distante Actitud invasiva</p>

10. Síntesis de los resultados de la evaluación

Consideramos que la posición prevalente del paciente es afín a la resiliencia ya que durante la sesión se despliegan –en mayor o menor medida– varias escenas inherentes al procesamiento psíquico. Asimismo, el aporte del terapeuta es prevalentemente constructivo ya que algunas de sus intervenciones contribuyen, sea a rescatar a Álvaro del estado traumático (ver IV), sea a re invertir una de las escenas nucleares que el paciente había dejado interrumpida (ver VI). El fragmento IV es muy importante ya que brinda elementos para inferir la calidad del vínculo establecido. Para justipreciar su valor, cabe subrayar que en el momento previo de la sesión (fragmento III), Álvaro estaba inmerso en un estado traumático y que el terapeuta no hallaba los recursos para conectar con él. En el fragmento IV *es el propio paciente quien establece la reconexión con el terapeuta* (al dramatizar una llamada telefónica). A su vez, el terapeuta capitaliza la apertura del paciente, formulándole una interpretación que contribuye a que el paciente retome el rumbo de reconectarse con las escenas nucleares (esto se advierte en V, el momento en que se lava las manos). En este pasaje se advierte un trabajo cooperativo entre paciente y terapeuta en muy buena sintonía. Otro momento cooperativo ocurre inmediatamente después, en VI. En esa ocasión es el terapeuta quien toma la iniciativa proponiendo re invertir una de las escenas. El paciente le da cabida al analista, al abrir la puerta e insultar al bicho (ver VI). De ese modo logra tramitar algo de su deseo hostil con recursos más pertinentes que los que implemento en III (dispersión de la atención y catarsis). La calidad de la alianza terapéutica puede dimensionarse en el hecho de que uno y otro de los integrantes del vínculo pueden sacar provecho de los aportes constructivos del otro. Esta conclusión reafirma nuestra impresión de que la posición subjetiva del paciente es la resiliente, y que el desempeño del terapeuta puede considerarse constructivo.

Bibliografía

- Bion, W. (1963a). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1966). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Bion, W. (1972). *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Bion, W. (1990). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Freud, S. (1950a). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913a). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1920a). Más allá del principio del placer. En *Obras completas* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923a). El yo y el ello. En *Obras completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940a). Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas* (Vol. 23). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Liberman, D. (1970). Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico (T. 1). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Buenos Aires: Granica.
- Zukerfeld, R. (1994). Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Revista del colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 2(2), 2011, 105-120, Madrid.

Fecha de recepción: 24/04/17
Fecha de aceptación: 28/05/17