

**CRISIS SOCIAL Y “PARENTALIDAD LÍQUIDA”:
PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES.
PARTE II: LA NECESIDAD DE CAMBIOS
TEÓRICOS, TÉCNICOS Y PRÁCTICOS EN
PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DEL
DESARROLLO¹**

Jorge L. Tizón

La marparentalidad desde otras perspectivas

Los dos siguientes esquemas o modelos para la *marparentalidad* son más conocidos en nuestros medios psicoanalíticos y relacionales, por lo que me voy a permitir aquí simplemente nombrarlos, remitiendo al lector a los textos correspondientes.

Me refiero, en primer lugar, al esquema de los tipos de familias descritos por Donald Meltzer, que a mi entender, correlacionan estrechamente con modelos de *marparentalidad*. Como la mayor parte de ustedes conocen, Meltzer y Harris, en colaboración con Howard (1989), describieron seis-siete tipos de organización familiar que muy gráficamente designaron con los términos de *familia de pareja básica* y los tipos de *familia de pareja infantil* (“casa de muñecas”), *matriarcal*, *patriarcal*, *familia banda* (“de chicos” o “de chicas”) y *familia “en reversión”* (o parasitaria). Tal tipología, como ya vieron Thomas (1995) y Salvador (2009), posee un gran valor heurístico si se entiende la familia como grupo, como estructura, y más si se desea tener en cuenta las fantasías inconscientes básicas que la dominan como “mente grupal” (y las de sus miembros). Por tanto,

¹ Publicado en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 2014.

proporciona una excelente descripción de determinadas formas y dinámicas inconscientes de la *marparentalidad*, tanto individual, como familiar y grupal.

En el mismo sentido, el esquema de los tipos de parentalidad de Palacio, Manzano y Nanzer (2002, 2006, 2012) —“*normal*”, *neurótico*, *depresivo-masoquista* y *narcisista-disociado*— creo que también resulta de gran utilidad práctica y ha sido ampliamente desarrollado y aplicado por la escuela suiza de psiquiatría infantil y psico(pato)logía del desarrollo. En los libros y trabajos antes citados el lector puede encontrar amplias descripciones de tal tipología, en exposiciones mucho más autorizadas que las que yo podría hacerles aquí.

Una extensión de ambos modelos que me ha surgido durante la preparación del presente trabajo, consistiría en la aplicación en este ámbito de mi esquema básico para la *psico(pato)logía basada en la relación* (Tizón, 1982, 2007, 2013, 2015). Así, en los individuos adultos podremos observar e intentar mejorar *marparentalidades* dramatizadoras, fóbico-evitativas, melancoloides, obsesivas, etc. (Tabla 9). Por falta de tiempo y espacio dejo tan solo enunciada esa posibilidad que una psiquiatría y una psico(pato)logía basadas en la relación tal vez deberían tener en cuenta (con esa misma tipología, o con otras más basadas en estudios empíricos actualizados).

Sin embargo, me siento obligado a decir algunas palabras sobre un modelo o esquema de las “funciones de la familia” (desde el punto de vista psicoanalítico y psicosocial) que me ha resultado fundamental, tanto en mi trabajo clínico directo e indirecto (grupos de reflexión y de “supervisión”), como en mi intentos teóricos a lo largo de los últimos veinte años; en concreto, desde que tuve que pergeñarlo y presentarlo en el Congreso Internacional de Arquitectos y Planificadores Regionales de la ISOCARP en Glasgow (Dal Cin et al., 1995; Tizón et al., 1996). Si utilizamos ese esquema de las “funciones de la familia”, que resumo en la tabla 10, la *marparentalidad* y la *parentalidad* serán suficientemente estables, o integradas, o introyectadas, cuando somos o nos sentimos capaces de realizar esas “funciones *marparentales* y *parentales*”, al menos primarias. El problema es que, a pesar de que los psicoanalistas llevamos más de un siglo hablando del tema de las “funciones maternas y paternas”, no habíamos llegado a definir las demasiado, tal vez salvo al nivel de lo inconsciente cultural, un componente que,

precisamente, es de los que más está cambiando. En consecuencia, tampoco hemos podido participar demasiado en el amplio debate sobre *marparentalidad primaria y secundaria* que lleva desarrollándose al menos dos decenios: ¿Qué está genéticamente pre-programado, “uterinamente” pre-programado, programado por la “herencia familiar”? y ¿qué es lo desarrollado a partir de las primeras interacciones con el nuevo ser (*parentalidad secundaria*)? Como ustedes habrán observado en el primer trabajo de esta serie, teniendo en cuenta la perspectiva *eriksoniana* y la mía propia, tendríamos que diferenciar, al menos parcialmente, una *marparentalidad primaria*, genéticamente pre-programada, de una *marparentalidad primaria epigenética*, en la cual esas bases genéticas interactúan con las relaciones, tanto tempranas como adolescentes. Sin olvidar o menospreciar la *marparentalidad secundaria*, referida al (y desarrollada por) el hijo ya engendrado, por nacer y nacido.

Una oportunidad que nos proporciona la situación actual de las “familias líquidas” de nuestros días consiste en que nos veamos obligados a generar y desarrollar nuevas aproximaciones teóricas y técnicas a esa realidad. Nuevas perspectivas que han de partir, forzosamente, de un entendimiento algo menos general, algo más pormenorizado, de en qué consisten las funciones de la familia en nuestra sociedad. Anteriormente, esas labores y funciones las realizaban diferenciadamente el padre o la madre (biológicos). Hoy en día, a menudo nos es imprescindible describirlas y delimitarlas porque tales funciones pueden (o suelen) resultar repartidas entre diversas personas, e incluso fragmentadas cada una entre diferentes personas, precisamente, debido a esa “parentalidad líquida”.

Un esquema complementario

Ante esa situación, como decía, ya hace años me vi obligado a generar mi propio esquema acerca de qué funciones familiares eran básicas para que la familia juegue el “encargo” que puede y debe jugar en la evolución de sus miembros, en especial de los más vulnerables y/o en desarrollo. La preparación para la parentalidad implicaría, pues, saber cómo podemos cuidar cada una de esas funciones en el seno de las familias que cuidan niños, propios o

ajenos, y/o a los futuros hijos en las familias (más o menos) “líquidas” de nuestros días.

Para no ampliar en exceso este trabajo, permítame el lector que le remita a escritos anteriores (Tizón, 2004, 2007, 2011, 2013), precisamente porque el esquema no es suficientemente conocido o generalizado y, por lo tanto, puede resultar de difícil comprensión en una presentación resumida. En definitiva: utilizar mi esquema de las “funciones psicosociales de la familia” en el ámbito del que venimos hablando, significa asimilar la *marparentalidad* a la posibilidad de cumplir con las tareas y funciones que vienen esquematizadas en la tabla 10. Al menos, con objetivos pragmáticos y tal vez técnicos, creo que puede resultar útil.

Por ejemplo, aproximándonos a ese esquema, podríamos observar grandes diferencias históricas y culturales en la distribución de esas funciones: en tan solo medio siglo, tales funciones, de ser realizadas en nuestra cultura por la madre y el padre de la familia nuclear, han pasado (y tal vez deben pasar) a ser realizadas por diversos adultos en esa situación líquida de la cual hablábamos más arriba. He ahí el interés fundamental de este esquema: cuando se me presenta un caso de infancia complejo, o un caso de *marparentalidad* que necesita cambiar para una mayor felicidad y desarrollo de niños y adultos, procuro no centrarme tan solo en una mítica (y poco frecuente en nuestras consultas) “familia nuclear”, sino en cómo esas funciones pueden ser mejor suplidas o “suficientemente suplidas”, por (al menos) dos adultos, a ser posible de diferente género, pero no siempre de diferente sexo, y a lo largo de las diferentes fases, transiciones psicosociales y tareas, pero siempre inmersos en una comunidad y un contexto psicosocial.

Ello implica un valor añadido para los elementos funcionales incorporados por Maisondieu y Métanyer a su definición de familia (2007), que estaba orientada a la práctica de las terapias familiares: una definición que puede aplicarse “a todo grupo que se considere como una familia a condición de que ese grupo comprenda representaciones de, al menos, dos generaciones unidas por la filiación”.

La tabla intenta una síntesis de las funciones psicológicas y psicosociales que la familia contemporánea juega para con el desarrollo del individuo que nace y crece en ella. Con ese esquema he intentado sintetizar y agrupar algunos de los conocimientos psicológicos básicos sobre el tema que están dispersos en miles de estudios y libros. Entre

otras cosas, porque luego, cuando decimos o pensamos que la familia hace por el niño tal o cual cosa, o debería hacer tal otra, en muchas ocasiones hablamos intuitivamente, o sin tener nuestros datos agrupados en algún esquema o hilo conductor que pueda explicar el desarrollo del sujeto individual en el seno de una mente grupal como es la familia.

Esa tendencia a hablar sin tener un esquema o idea general de los datos científicos que hoy se conocen sobre el tema, resulta facilitada por nuestras propias defensas personales con respecto a lo que la familia significa para cada uno de nosotros, que sesgan aún más, si cabe, nuestras preconcepciones, percepciones y razonamientos en este campo. También, porque las polémicas alrededor de la familia, y más en particular, la polémica entre institucionalización y cuidados familiares, son dos de los núcleos más ideológicamente controvertidos de la cultura contemporánea. Se ha llegado al extremo de que ciertos profesionales del gremio “psi” prefieren no hablar de las responsabilidades de la familia, asustados por “no culpar a la familia”, cuando, en realidad, lo que les asusta es la falta de formación (o de formación actualizada) sobre ese grupo social básico: sobre las diversas “organizaciones familiares”, sus dinámicas internas, sus cambios contemporáneos, los sistemas de modificación terapéutica de tales “sistemas” u “organizaciones”, etc. Así, puede darse el caso de que ambiciosas compilaciones de estudios e investigaciones dedicados a “sociedad y salud mental”, “medio ambiente y salud mental” o “sociedad y psicosis”, tales como las de Morgan, Mckenzie y Fearon (2008) o la de Freeman y Stansfeld (2008) no dedican ni un capítulo, ni un apartado (y puede que ni tan siquiera un párrafo) al tema de cómo influye la institucionalización total o parcial de los niños en su salud mental, o en su futura tendencia a la psicosis.

Digamos al menos unas palabras acerca de lo esquematizado en la tabla 10. Desde luego, en gran parte de nuestra cultura, una función básica de la familia sigue siendo la provisión de los cuidados psicosomáticos básicos para el individuo inmaduro que nace en ella, para el bebé y para el niño. Cuidados que comienzan por el alimento, la temperatura corporal, el movimiento, el vestido, la higiene básica, etc. Alguien tiene que proporcionárselos, y no solo por mera corporalidad, sino entendiendo que la base de todas las representaciones mentales del futuro adulto son esas primeras sensaciones y percepciones, interiorizadas en millones de ocasiones durante los primeros años de la

infancia: es la “urdimbre afectiva” (y sensorial, y alimenticia, y...). De ahí que el que se los proporcionen una o dos figuras fijas, *suficientemente estables y suficientemente próximas*, facilita no solo un cuidado mejor, con más conocimientos mutuos y más sencillo, sino, sobre todo, facilita el que sea más fácil ir introyectando al *otro*; ir teniendo una primera imagen de un *otro externo*, seguro, confiable y predecible, que no nos deja en manos del sufrimiento por hambre, dolor, miedos y otras emociones desbordantes, peligrosas, sino que nos ayuda al desarrollo. Está más que estudiado que los bebés diferencian rápidamente a su madre desde los primeros días, e incluso al padre suficientemente próximo, desde las primeras semanas (Brazelton y Cramer 1993). ¿Ustedes se imaginan si los cuidadores son no uno o dos, sino cuatro (turnos), con diferentes, estilos, olores, movimientos, feromonas? (Tizón et al., 2009, 2011).

Pero es que, además, como antes decía, un resultado clave del establecimiento de una urdimbre afectiva *insuficientemente próxima y cálida* son las dificultades en la constitución del vínculo de apego y, por lo tanto, de las representaciones mentales básicas, los esquemas cognitivos básicos, los “esquemas de trabajo internos” básicos, los “objetos internos” básicos, que, a su vez, son los cimientos de la constitución del sujeto, del sentido de sujeto, del sí-mismo, del *self*: todos necesitamos la constitución de un *sujeto interno*, o un “sentido de sujeto” lo suficientemente estable como para favorecer la tendencia genética hacia la integración, propia del bebé humano (Brazelton et al. 1992, 1993; Green (ed.), 1994; Fonagy et al. 2000, 2002; Green (comp), 2003; Schore 2003), y disminuir el peligro de la desintegración o problemas en la integración mental, que facilitan el trastorno mental grave. Mucho más en la sociedad líquida de la tardomodernidad (donde, según las descripciones habituales, el *self* mismo oscila entre la liquidez y la “sobresaturación” (Gergen, 2000).

Además, objetos internos fundamentales y sentido del sujeto, del *self*, son la base de la metáfora que llamamos *espacio mental*: como es bien sabido, hay individuos con capacidades para recibir, procesar y contener emociones, comunicaciones y cogniciones “dentro de ellos” (en su mente), e individuos y personas muy poco capaces de todo ello, que tienden una y otra vez hacia la proyección, la evacuación, la no contención. Es fácil deducir que la personalización de cuidados, como han mostrado miles de estudios clínicos,

observacionales, etológico-antropológicos y experimentales, favorece esa constitución de los primeros *objetos internos* y del *self*, mientras que unos cuidados negligentes, abusivos, distantes o inconsistentes, favorecen fallas, a menudo perdurables, *neurológica y epigenéticamente postcondicionadas*, en la constitución de ambos elementos básicos del entramado mental –y neural, inmunitario, hormonal, en definitiva, “psicosomático”– (Ezpeleta 2005; Tizón, Artigue et al 2008; Varese et al., 2013).

Por ejemplo, una madre desbordada, que ya no logra "contener" más inquietud o sufrimiento, es difícil que pueda proporcionar la base relacional para un sí-mismo seguro, integrado y estable, o para un interior cóncavo, acogedor, contenedor de emociones y pensamientos: como poco, la constitución de ese interior mental se verá atrasada o precisará de ayudas externas. Igual puede suceder con el padre: un padre afectado por duelos importantes imprime su sello en aquellos procesos tanto directamente como indirectamente, a través de lo absorbida o falta de contención y esperanza que se puede sentir la madre con una pareja así de afectada.

Pero es que, además, un padre tan afectado, seguramente tendrá dificultades en transmitir los elementos fundamentales de lo que llamo la *triangulación originaria* (Tablas 6, 7 y 10): la primera triangulación mental del ser humano, la más estructurante de todas, la que se establece entre el sujeto, el objeto principal de sus deseos y pulsiones y un *otro* rival-colaborador-alternativo, etc. A esa triangulación fantasmática familiar, Freud la llamó *complejo de Edipo*, y dedicó gran interés a estudiar sus componentes relacionales internos y externos en el modelo familiar de su época, cultura y clase social, pero centrándose en momentos relativamente avanzados del desarrollo del infante (3 a 8 años). Sin embargo, esa triangulación, esa existencia del tercero, comienza desde el propio embarazo y, sobre todo, tras los primeros tres a seis meses de vida, cuando el primer objeto, el primer *otro*, ha sido ya suficientemente discriminado e introyectado como para diferenciarlo del incipiente *sí-mismo* y del *tercero*. Es fácil comprender pues que, si desde el principio no se ha establecido una relación diádica suficientemente estable y profunda, no se han establecido, en consecuencia, los rudimentos del objeto con suficiente *constancia y permanencia*, así como los rudimentos del *self*, del sujeto, la relación con este tercero, que en la perspectiva psicoanalítica representa a los *otros*, a la sociedad, sus

normas y su funcionamiento, puede ser más insegura, bloqueada, inestable, variable.

En la familia nuclear occidental, esa primera relación triangular proporciona el fundamento para las pautas de comunicación, la organización y desarrollo de la moral y del yo de sus miembros y para sus identidades psicosociales fundamentales. Una afectación importante del padre (o de la madre, o de ambos) significa una dificultad en el desarrollo de las funciones de establecer y transmitir límites y proporcionar contención, en la organización de la conciencia moral y el ideal del yo, en las identidades psicosociales fundamentales (en qué, cómo y cuándo es lícito ejercitar la psicosexualidad, la agresividad, el conocimiento...) (Bowlby, 1983; Green, 1993; Emde, 1994, 1999; Fonagy, 2000, 2002; Tizón, 2004, 2007). En los regímenes de cuidados institucionales precoces con cambios de cuidadores, es difícil para el niño de nuestra cultura poder discriminar a ese *otro* con la misma celeridad y finura y, además, pudiendo percibir y valorar las diferentes relaciones (Fonagy, 2002; Brazelton y Cramer, 1993; Tizón et al., 2009, 2011).

En último extremo, el trabajo de buscar un grupo social, una familia adecuada para el desarrollo de los niños, un padre y una madre adecuados (o una/dos figuras de *vinculación suficientemente estables y suficientemente próximas afectivamente*), a menudo hemos de pensarlo en ese mar complejo de la “familia líquida” de nuestros días y, por tanto, ante el riesgo de la *marparentalidad líquida*. En definitiva, para asegurar el desarrollo adecuado de un infante humano, sobre todo en situaciones de acumulación de factores de riesgo para el mismo, lo que hemos de buscar, como he explicado en otros lugares (por ejemplo, en Tizón 2011, 2013, 2014), es un adulto (mejor dos, y tal vez más) que pueda/n hacerse cargo, con suficiente estabilidad y proximidad, de las tareas especificadas en la tabla 10.

En ese sentido, para el cuidado de un niño (y para la promoción de la salud mental de la infancia) hemos de poder discernir en cada caso y cada grupo “familiar” quién o quiénes proporcionan de esa forma *suficientemente próxima y suficientemente estable* los cuidados y sustentos básicos que crean el fundamento de la urdimbre primitiva y del apego seguro. Quién modula las emociones primitivas en los primeros momentos (la madre biológica es la mejor preparada para ello, pero solo como principio) y quién en los siguientes meses y años, de forma que predominen las emociones moduladas y, por lo

tanto, estructurantes, sobre las desestructurantes y desvinculadoras. Su resultado es lo que Meltzer (1989) llamaba el predominio de las *funciones emocionales introyectivas*, la base de la creación-introyección del objeto interno y por lo tanto, de la mente y la capacidad de simbolizar. Para la formación de un bien integrado sentido de sujeto, de un *self*, parece que es indispensable la aparición de un tercero, real o virtual, que juegue ese papel des-simbiotizador y mentalizador que está en la base de la creación del sí mismo y de las relaciones objeto-sujeto tanto externas como internas.

Hacia un nuevo reparto de tareas y funciones familiares

Y así con el resto de las tareas y funciones de la tabla. Habrá que pensar en cada “grupo familiar” al que queremos ayudar en las tareas *mar-parentales* quién ejercerá las labores y funciones de contención y transmisión de límites, por ejemplo: ya no está tan claro que haya de ser el hombre, el padre. Sin embargo, es difícil que esa tarea la pueda realizar una sola persona, y menos aún si al mismo tiempo ha de cumplir con el resto de tareas básicas de la *marparentalidad*. De ahí que el desarrollo del superyó, de las normas y valores, tanto sociales como individuales, ya no pueda adscribirse tan directamente al hombre, al papel masculino de la pareja. Esos cambios son incluso mayores en la transmisión de las identidades psicosociales fundamentales, de esos aspectos del *self* en directa relación con el exterior y, por tanto, para los modelos de aprendizajes o formas básicas de aprender.

Desde este punto de vista, mucho más “operativo” y “pragmático”, pero también más difundible y aplicable en diversos medios, culturas y con diferentes tipos de profesionales, la *parentalidad* y la *marparentalidad* tienen que ver con la capacidad de cumplir adecuadamente con gran parte de esas tareas esquematizadas en esa tabla. Todo ello parte de la posibilidad de un mundo interno y un *self* que nos ayude a realizar un reparto adecuado (es decir, ni simbiótico-invasivo, ni negligente-subimplicado) de tales tareas y funciones entre las diversas figuras de apego que se están dando en la familia contemporánea.

Igual debe suceder con el resto de las tareas y funciones *parentales* y *marparentales*

que aparecen en la tabla: por lo que hoy sabemos, es necesario que existan esos adultos al lado de los niños, suficientemente próximos y suficientemente estables, como para proporcionárselas. Nuestra labor como técnicos consistirá en asegurar una provisión suficiente de cada una de esas funciones *mar-parentales* que completan el cuadro de las funciones psicosociales de la familia en la sociedad actual. El trabajo de promoción de la salud mental en la infancia y de prevención de sus trastornos (cfr. por ejemplo, Generalitat de Catalunya, 2009; o Buitrago et al., 1997 y Fernández et al., 2009; US Services, 1999, 2007 ; Vahtera, 2009) deberá también apoyarse en ese nuevo reparto de tareas y funciones entre nuevos personajes y configuradores, diferentes de la madre y el padre iniciales y tradicionales de la familia nuclear tradicional. Y sin olvidar el papel creciente que las “redes sociales informatizadas” y los sistemas audiovisuales están jugando ya en la socialización y la socialización temprana de los seres humanos, tema que, por su amplitud y complejidad, me limito tan solo a citar aquí, pero que hay que tener muy en cuenta. Tanto, que ya existen miles de estudios empírico sobre el mismo (cfr. el ejemplo de Napier, 2014).

A nivel clínico, el conjunto de puntos de vista que aquí he nombrado nos deberían llevar a perspectivas algo más complejas de la *marparentalidad*, perspectivas al menos como las resumidas en la tabla 11. En ella, además de tener en cuenta los diversos puntos de vista que hemos ido nombrando y los tipos de *marparentalidad* según el modelo “hispano-suizo”, he incluido ideas clínicas procedentes de ese modelo (Manzano, Palacio et al., 2002, 2005, 2012) tales como los componentes de la *marparentalidad* que podemos observar en la clínica cotidiana: el tipo de alteraciones relacionales de la misma (basadas en “la sombra del *self* parental” que cae sobre los hijos o “la sombra del objeto materno-paterno” que cae sobre la *marparentalidad* de los padres). En todas esas posibilidades, hay que considerar, además, las variaciones imprimidas en esos avatares y en sus antecedentes no por unas míticas “pulsiones”, sino por unas reales y muy reales emociones básicas y sentimientos derivados de las mismas: el “magma primordial” dentro del cual se desarrolla el vínculo padres-bebé-padres. Es en ese “magma emocional primordial” donde se ponen en marcha (o no) las “funciones psicosociales de la familia” en nuestras sociedades y, por lo tanto, se realizan las funciones familiares, la expresión fenotípica de la

marparentalidad primaria y secundaria.

Las desviaciones fundamentales de una *marparentalidad* integrada (personal y socialmente) en la clínica vienen marcadas por cómo se han elaborado los procesos de duelo por los padres ideales (y tal vez idealizados) del padre y la madre y por los duelos por el propio *self* idealizado. Tales “desviaciones”, además, son actualizadas, puestas al día y “relanzadas” por el duelo por el “hijo real”, a menudo bien diferente del hijo idealizado o fantaseado previo. En todo ello, los núcleos narcisistas del padre y la madre juegan un papel antagónico con una posible *marparentalidad* integrada en la personalidad y en la sociedad y cultura correspondientes.

Porque, al menos idealmente –y es así en toda sociedad humana o animal que no se halle muy en crisis– la *marparentalidad* de los progenitores se ve apoyada y reforzada por los esquemas culturales vigentes sobre la *marparentalidad* y la ética de la generatividad. Mucho más en nuestra sociedad contemporánea donde, al menos hasta la actual crisis política impuesta por los especuladores transnacionales, se habían dado grandes avances y mejoras en los sistemas sociales de defensa contra la ansiedad desorganizante, así como importantes ampliaciones en las ayudas sociales a la crianza, la formación y la instrucción (servicios pedagógicos, sociales, sanitarios, redes sociales y redes sociales informatizadas...). Como se estaba extendiendo la posibilidad de una disminución global de la agresión y violencia intra-específicas, posibilidad por supuesto basada en un aumento de la solidaridad (el amor) intra y extra-específico (Pinker, 2002).

Pero volviendo al esquema, recordemos que gracias a esa combinación de lo social, lo familiar, lo relacional más amplio y lo genético, ese niño y ese adolescente podrá ir elaborando “suficientemente” cada transición psicosocial hasta alcanzar él mismo una percepción más o menos obscura de su *marparentalidad*, de sus capacidades genital-generativas. Por eso, como psicoanalistas, deberíamos evitar horrorizarnos una y otra vez y denostar los cambios habidos en la mentalización en nuestras sociedades (cambios mucho mayores que en cualquier otra época de la humanidad); como deberíamos evitar criticar los cambios tecnológicos en los que algunos de ellos se asientan. La misma revolución tecnológica permanente que ha dado lugar, en el marco de un determinado sistema social, al *tardocapitalismo informatizado*, regido por los principios del beneficio privado más que

por la solidaridad social, esa misma revolución tecnológica podría facilitar enormemente una *democracia real* mucho más amplia y profunda y, con ella, mejoras en la mentalización y en el establecimiento del sí mismo, del sujeto, en niños y adultos de nuestra cultura.

Algunas consecuencias asistenciales partiendo de las consideraciones anteriores

Dadas mis limitaciones para extenderme en este trabajo, me conformaré aquí con recordarles una serie de consecuencias esquemáticas que entiendo fundamentales tras esa reconsideración de la *marparentalidad* en la sociedad líquida de nuestros días.

Primera consecuencia:

Tanto para la asistencia como para la prevención y promoción de la salud, hoy es necesario *utilizar perspectivas de la familia y las capacidades y funciones mar-parentales menos “en bloque”*, y más aptas para ser desarrolladas por diversas personas. Máxime porque, si la ayuda profesional es necesaria (y solo si es necesaria), hemos de organizarla siguiendo el *principio de la mínima profesionalización necesaria y sostenible* también en estos ámbitos. Lo contrario, aunque en muchos momentos y técnicas no hayamos parado mientes en ello, significa *sustituir* las capacidades y funciones parentales por técnicos, una invasión que, si no es imprescindible, afectará negativamente esas capacidades.

Segunda consecuencia:

Hay que partir de *perspectivas menos esquemáticas del apego* o vinculación y, desde luego, perspectivas menos unidireccionales. El apego padres-hijos es mutuo y mutuamente estructurante (baste con que ustedes piensen en solo dos transiciones psicosociales clave, de las que antes hablábamos: el puerperio y la lactancia, primero, y la adolescencia de los hijos, después: “el máster de la *marparentalidad*”). Hay que tener en cuenta que el tipo de apego que manifiesta un niño o un adulto es la composición de varias tendencias en el mismo (al menos, de los *estilos de apego* seguro, ansioso-preocupado, evitativo y

desestructurado), uno de los motivos por los cuales las relaciones entre apego y psicopatología no son todo lo claras que nos gustaría, por (nuestro) exceso de esquematismo. Por ejemplo, hemos encontrado resultados discordantes en los estilos de apego y la historia del apego incluso en pacientes gravemente trastornados, como los EMAR (estados mentales de alto riesgo) y los sujetos con psicosis incipiente (Quijada et al., 2012).

Tercera consecuencia:

En este mismo terreno, a nivel de concepciones, teorías y modelos, hay que tener en cuenta el *apego paterno*, con y del padre y, por lo tanto, replantearse su papel en la *marparentalidad* líquida de nuestros días. Desde luego, se trata de formas de apego y de parentalidad en plena transformación, con elementos de lo viejo y de lo nuevo en ese proceso. Por ejemplo, son todavía muy visibles las resistencias de los varones en nuestra sociedad a una “parentalización” que, por otro lado, necesitan, y muchos de entre ellos, desean. Peor aún si dicha “parentalización” ha de realizarse precisamente en un momento histórico-cultural en el cual las tareas *marparentales* en general se hallan en profundo cambio. Probablemente, en el cambio más profundo desde los albores de la humanidad. De ahí la desorientación y la variabilidad en cuanto a los papeles, roles y tareas *marparentales*.

Sin embargo, como hemos podido ver en algunos de nuestros estudios sobre el papel del padre (Fuster, 2007; Fuster y Tizón, 2005, 2008), los padres no solo participan de forma cada día más destacada en la mentalización de los hijos, sino que son capaces de acercarse de forma más profunda a los propios conflictos de la parentalidad. Por ejemplo, con costumbres nuevas en cuanto al cuidado de los hijos; con la aceptación del “embarazo paterno”, hoy se sabe que influenciado por los cambios hormonales de la gestación en la mujer; con la persistencia o cambio de manifestaciones ya ancestrales de la parentalidad, como puede observarse en la persistencia de algunas de las formas de *covada* y vulnerabilidad psicosomática de los padres con el embarazo y primeros años de sus hijos (Fuster, 2007; Tizón y Fuster, 2005).

Cuarta consecuencia:

En la práctica clínica con casos graves o complejos, continuamente oímos decir que *la familia es muy difícil, no se deja ayudar*. Especialmente, en la infancia y la adolescencia, en los casos de padres con hijos con TEA o, como prefiero decir, con trastornos multisistémicos del desarrollo, en los casos de padres y familias con púberes y adolescentes con EMAR (“estado mental de alto riesgo”) o psicosis incipiente. Hora es ya de que pensemos, más bien, que no sabemos cómo ayudar a esa familia. Que nuestras teorías y nuestras técnicas se han quedado viejas para sus y nuestras necesidades.

A nivel teórico, creo que un cambio necesario nos ha de llevar a considerar a la *familia como grupo, con una estructura o sistema*, con unos grados y tipos de conexión, estructuración, conflictividad, expresividad y adaptabilidad teleonómicas y equifinalistas, determinadas sobre todo por el propio sistema (Tizón, 2013). También, a una *consideración más preeminente de las funciones familiares y la marparentalidad* (primaria y secundaria) como constelaciones de objetos internos y experiencias emocionales básicas tanto en el nivel individual de los miembros de cada familia, como en el de la familia en tanto que grupo. Considero que la aproximación a la familia como grupo, que funciona de vez en cuando como “grupo de trabajo” y, a menudo, como “grupo de supuesto básico” (Bion, 1972; Meltzer, 1989), es una forma de aproximación indispensable en este terreno, algo que ya había enfatizado Guillermo Salvador (2009). Eso me ha dado pie a pensar que tal vez nuestra perspectiva básica de una “psicopatología basada en la relación” (tabla 9) podría ser útil en el enfoque de la organización de la familia como grupo y de la *marparentalidad* y que valdría la pena enfocar ésta desde tal perspectiva. Pero se trata de otro tema que he dejado simplemente enunciado, porque necesitaría un desarrollo amplio para justificarlo.

Quinta consecuencia:

Se trata de la consecuencia práctica y clínica de lo anterior: si “acusamos” a tales familias de su “operatividad”, de su pensamiento concreto, de sus dificultades de *insight* o mentalización... ¿por qué no adaptamos nuestras técnicas familiares y de psicoterapia de la parentalidad a esas características que creemos describir? Si hay esas dificultades para el

pensamiento simbólico, para tener en cuenta al otro, incluso al hijo, ¿cómo es que les podemos pedir que “simbolicen”, y acepten “el cambio”, en un “espacio para pensar”? Sus necesidades y urgencias son del tipo que resumo en las tablas 12,13 y 14 y que he explicitado en *Entender la psicosis* (2013) y *Familia y psicosis* (2014).

Desde mi punto de vista, hay que incluir en esa *necesaria adaptación de nuestras técnicas familiares* un mayor contacto con cuestiones concretas, con temas operativos, con “acompañantes terapéuticos”, con ayudas a la organización... Y no solo a la “organización emocional”, sino de las comidas, los espacios del hogar, los horarios, los “pactos a tres bandas”, los sistemas de “negociación” y de “resolución de problemas”, etc.

¿Para qué valen los “espacios para pensar” en una familia a la que nadie ha ayudado a que hagan dos o tres comidas calientes juntos por semana (Hammons y Fiese, 2011; Veling et al., 2011) o que ni siquiera tiene un “comedor” en su casa o nunca lo ha usado?

En nuestra práctica de detección y atención precoz de las psicosis en el EAPPP de Barcelona, nos encontramos con cierta frecuencia con “hogares” en los cuales, a pesar de haber espacio y metros cuadrados suficientes, no existía ni comedor en la casa, o aquél se hallaba invadido por todo tipo de utensilios, trastos y electrodomésticos. O espacios en los cuales, habiendo numerosas habitaciones cerradas, los niños tenían que estudiar literalmente “en el pasillo”, con las mesas contra las paredes. O en los cuales existía la costumbre de que los niños, desde los pocos años de edad, se hicieran ellos mismos un bocadillo para ir a cenar porque el padre, en un ejemplo real, leía tebeos escondido bajo la cama a la luz de un mechero. Este caso nos fue remitido por los servicios psicopedagógicos porque el niño, de 9 años, estaba siendo “tratado” hasta con tres neurolépticos diarios por causa de (¿o produciendo?) raptos agresivos, dificultades cognitivas y estereotipias motoras... Aquí también era el hijo el medicado, sin parar cuentas en que ya las primeras tareas de la *marparentalidad* eran enormemente insuficientes en esta familia. Aunque también pudieron ser mejoradas.

Sexta consecuencia:

Siguiendo con los corolarios más directamente clínicos, e incluso pragmáticos de lo anterior, desde ese vértice o perspectiva ya no resulta “de recibo” la realización de largas

y/o “profundas” “psicoterapias” o “psicoanálisis” de niños y adolescentes sin un trabajo indispensable e intensivo de la familia en la cual se están desarrollando y mentalizando esos niños y adolescentes. Y aquí también, nuevamente, ante las dificultades de muchos de los padres y madres para aceptar ese trabajo familiar, esa “psicoterapia familiar”, no hay que pensar siempre que provienen de sus resistencias o de su narcisismo, sino también de nuestras insuficiencias técnicas: el tipo y modo de ayudas familiares que recomendamos, el cómo las proponemos, el valor consciente e inconsciente que les concedemos los profesionales, se hallan aún demasiado transidos de narcisismo profesionalista y omnipotencia, cuando no de magia. Por ejemplo, como para creer que con un contacto de 45 minutos por semana, aunque esté lleno de “maravillosas interpretaciones”, podemos contrarrestar gran parte de las relaciones del niño *durante los otros 10.035 minutos de su semana*.

Aunque sea un tema que desarrollo más ampliamente en *Familia y psicosis* (2014), hemos de recordar aquí que, nuevamente, lo que suele fallar de entrada, es el principio que he llamado *de la mínima profesionalización necesaria y sostenible*: hay que ayudar a que las familias se hagan cargo de esas tareas, pero interfiriendo lo menos que podamos procesos conscientes e inconscientes tan delicados y significativos como la *marparentalidad* primarias y secundarias. Aunque, a menudo, y ya desde el mismo caso *Juanito* (Freud, 1909), los padres nos piden que “profesionalicemos” a sus hijos: como una especie de declaración indirecta o alusiva a sus dudas con respecto a sus capacidades materno-paternas, como una forma de proyección en el niño de problemas de pareja, o como expresión de la identificación proyectiva de los conflictos personales de los propios progenitores, algo que tal vez ya le ocurrió al propio Freud en el caso de Herbert Graf, el *pequeño Hans*.

Reflexionar sobre esas situaciones debería llevar a un profundo cambio en las actitudes terapéuticas no solo del psicoanálisis y sus psicoterapias, sino de todas las orientaciones de la salud mental (Holmes et al., 2002): no es posible hoy atender a la salud mental de niños y adolescentes sin atender a la familia simultáneamente y con la misma intensidad. Y en el caso de los adultos, no es conveniente realizar ayudas psiquiátricas y psicoterapéuticas sin tener en cuenta la parentalidad.

Un corolario pragmático: todos los tratamientos intensivos de niños y adolescentes deberían enmarcarse en diversas formas de lo que hemos llamado el *TIANC (Tratamiento Integral Adaptado a las necesidades del Paciente y su Familia en la Comunidad)* (Tizón, 2013, 2014), dentro del cual han de figurar de forma destacada las ayudas a la familia y el aprovechamiento de los otros *niveles para la contención* con los que cuentan cada niño y cada familia. Como digo a menudo humorísticamente, ¿algún cirujano permitiría que la familia le dictase los procedimientos quirúrgicos a utilizar o le obligara a intervenir con un solo guante? ¿Por qué *sin-razón* llevamos decenios practicando tratamientos supuestamente intensivos y supuestamente “profundos” de niños y adolescentes sin atender a la familia en la que pasan el resto de las horas del día, la semana, los meses, los años?

Séptima consecuencia:

En el mismo sentido pragmático, resultaría indispensable hoy *contar con el padre en las intervenciones preventivas o terapéuticas*: con los padres, con los varones o las personas que cumplan ese *papel parental*, tanto en las exploraciones como en los tratamientos de los niños. Y no solo por imperativos legales, un tema que, a menudo, no se tiene en cuenta; sino también porque, en caso contrario, dejamos de contar con uno de los agentes fundamentales para las transformaciones y el desarrollo de la personalidad del niño, que son siempre transformaciones en los apegos fundamentales.

Pero en este ámbito chocamos a menudo con numerosos obstáculos: con la tendencia paterna a disociarse de los hijos (¿y de la parentalidad?), aún frecuente en los padres de nuestra sociedad; con necesidades de excluirlos más o menos patentes por parte de algunas diadas madre-hijo simbióticas; con la colusión de género que a menudo se da con esas madres excluyentes y esos padres “volantes” por parte de las profesionales de unas profesiones cada vez más feminizadas; con nuestra dificultad para desarrollar y formar en técnicas familiares adecuadas para incluir a los padres en los tratamientos por parte de las/los profesionales, etc. Pero también aquí las cosas están cambiando, por lo que, en la Tabla 12, incluyo un resumen de las presencias del padre más frecuentes en mi experiencia clínica.

Desde ese punto de vista, en nuestra cultura hoy ya no es de recibo realizar tan solo “psicoterapias madre-hijo” en muchas de las edades infantiles e incluso en la primera infancia. Esa es la primera modificación técnica que ya hace tres decenios propusimos para las psicoterapias madre-hijo, una de las técnicas fundamentales para el cuidado de la salud (mental) de la primera infancia, que, a su vez, llevaba años desarrollando la escuela suiza de psiquiatría infantil (Manzano y Palacio, 1993; Nanzer, 2012; Fivaz-Depeursinge y Philipp, 2014) y algunos psicoanalistas y psicoterapeutas entre nosotros. Esas ayudas especializadas, en muchos casos deberían ser “padres-hijo” o “padres-hijos”, y no tan solo “madre-hijo”, como he intentado mostrar en otros lugares (Tizón 1991, 2000, 2003).

Pero no hemos de pensar tan solo en esta técnica psicoterapéutica concreta, sino en cualquier otra técnica preventiva o terapéutica: ya no es de recibo realizarla sin ambos componentes de la pareja, por muy “líquida” que ésta nos parezca (y más precisamente por esa “liquidez”: no sabemos quién será en el futuro el “objeto de apego” fundamental). ¿Cómo pueden seguirse realizando exploraciones, “entrevista familiares”, “devoluciones a la familia” y hasta “terapias de familia” sin la presencia del padre o sin contar con que su ausencia supone un grave hándicap para la terapia y que, a partir de ahí, habrá de ser orientada por la guía clínica que ya hace tiempo designamos como *atención a los padres a través de los hijos* (Tizón, Sanjosé, Nadal, 1997)?

Octava consecuencia:

No hay que olvidar que situaciones sociales o familiares gravemente inadecuadas, tanto como reacciones psicológicas o afectaciones biológicas, tal vez no alteren permanentemente ya en un adulto su *marparentalidad*, pero la pueden afectar *en un determinado momento de su vida o con determinado/s hijo/s*. Son las *alteraciones críticas, pasajeras o traumáticas de la marparentalidad*. Por ejemplo, los conflictos o traumas graves, las catástrofes sociales, los duelos imbricados, por ejemplo migratorios (Veling et al., 2011), los causados por la psicosis de un hijo y otros (Varese et al., 2013; Tizón 2007, 2008, 2013).

Rosa, a sus 17 años, no podía soportar los conflictos en el hogar entre sus padres, dos profesionales independientes de gran valía personal y social, que ya habían decidido

separarse. Insistió e insistió una y otra vez en marchar a Alemania a estudiar, en vez de seguir sus estudios en España, con el argumento de que no le gustaba la carrera elegida, tal como se hacía en nuestro país, y que, además, su padre iría a vivir allí y podrían seguir en relación. Ni padre ni madre pudieron soportar un conflicto más en el doloroso proceso de la separación y divorcio, y accedieron, llenos de dudas, a las peticiones de la hija.

Rosa marchó pues a una universidad del norte de Alemania, donde no pudo terminar ni el primer curso. Crisis de ansiedad incontenibles la llevaban a visitar servicios de urgencia hospitalarios hasta cuatro veces por semana. La situación era de tal gravedad y cronicidad que todos los hospitales de la ciudad conocían su situación, que constaba en una historia clínica informatizada común. Afortunadamente, gracias a ello, y a diferencia de otros servicios de urgencia, sobre todo de nuestro país, pronto tales servicios “aprendieron” que lo que Rosa necesitaba era pasar una hora o dos en urgencias. Luego, habitualmente sin ninguna medicación ni exploración, volvía a casa de su progenitor.

Su padre, sin embargo, no sabía qué hacer para contener la situación, ni cómo contenerse él mismo. En uno de los períodos en los que su hija frecuentaba los servicios de emergencia hospitalarios, no pudo aguantar más y, textualmente, se fue dos semanas a las Bahamas “para respirar”.

Una situación bien diferente fue la de Medí. Medí había sido durante su infancia y gran parte de su escolarización un niño “modelo”, aunque excesivamente tímido y retraído. De repente, en 3º de ESO, muchos días se negó a ir al colegio y suspendió todas las asignaturas. Tampoco salía con los padres ni con amigos el fin de semana. Pero en septiembre aprobó todas las asignaturas, y con nota... para repetir la debacle en los primeros meses de 4º de ESO y aumentar su aislamiento y encerramiento.

Los padres estaban profundamente preocupados pero, según sus propias palabras, meses después, “esperábamos que volviera a pasar como en el curso anterior, que acabara volviendo al Colegio y aprobándolo todo”. Tan desesperados estaban, que intentaban creerse sus propias ilusiones y negar y disociar las profundas alteraciones emocionales y relacionales que Medí mostraba. Por eso, cuando el chico les pidió “un año

sabático”, sin estudiar ni trabajar, cedieron a sus presiones.

Como era de esperar, el “año sabático” se convirtió en “encierro sabático”: cuando en el Equipo de Atención Precoz a las Psicosis (EAPPP) fuimos alertados sobre la situación y preparamos una inmediata visita a domicilio, Medí llevaba ya ocho meses de “encierro sabático”: no salía de la habitación ni para comer o cenar con sus padres, que le pasaban las comidas y el tabaco en una bandeja.

Novena consecuencia:

En pocos campos puede observarse más claramente la tendencia social a no cuidar la *marparentalidad*, sino a invadirla y asimilarla dentro de la *burbuja maníaca profesionalizadora*, como en la escolarización precoz y la extensión abusiva de los “cuidados” en *guarderías* (se llamen como se llamen), por contra de la ayuda a los padres para que sean ellos los que puedan cuidar de sus hijos en desarrollo. Y con una meta-consecuencia relevante: esos hijos hoy cuidados mayoritariamente en instituciones, luego serán padres institucionalizadores (Feder et al., 2009). De ahí la importancia de desarrollar movimientos, actitudes y organizaciones de los cuidados y la enseñanza según los principios defendidos, por ejemplo, en el movimiento *Más tiempo con los hijos* (Pavón et al., 2010; Casado et al., 2010; Tizón et al., 2009, 2011) o en conocimientos, datos y actitudes como las difundidas en la documentación que lo acompaña o en trabajos como los de Torras (2012).

Un ejemplo extremo de la falta de cuidados reales de estas circunstancias en aras de la “burbuja profesionalizadora” insostenible me fue presentado no hace mucho: una ciudadana catalana que había quedado embarazada a los 14 años de un hombre de 47 procedente de otro continente. Sus antecedentes familiares eran, desde luego, sumamente problemáticos. La historia se fue repitiendo con diferentes parejas, i hasta en 17 ocasiones, es decir, 17 embarazos! Desde el primer embarazo y en los siguientes, los servicios sociales, enormemente preocupados por el caso, se dedicaron a proporcionarle todo tipo de ayudas económicas y sociales, de guarderías y de esplai: primero como “madre adolescente”, luego como “familia monoparental” y luego como “familia en alto riesgo de exclusión”. Por supuesto que le habían sido recetados y había ingerido durante

años diversos psicofármacos, de utilidad más que dudosa, cuando no directamente iatrogénicos. Pero muy poco se intentó, y menos se hizo, para realizar una ayuda psicológica intensiva o, al menos, unas “entrevistas de contención” y un “acompañante terapéutico” o “educador” con suficiente continuidad e intensidad (que en este caso, indudablemente habría sido necesario durante años, y que tendría que haber cuidado especialmente los conflictos de la parentalidad y con sus padres).

Uno de los resultados es escalofriante en su sola descripción numérica: esta ciudadana catalana ha tenido 17 embarazos y ha dado a luz 12 hijos, de los que 11, tras pasar por Centros residenciales o familias de acogida, han acabado siendo adoptados por otras familias.

Como en otros muchos casos durante el imperio de la “burbuja sanitaria y social”, los profesionales y servicios se dedicaron a “dar y dar” (pobres) recursos y servicios, sin atender suficientemente al desarrollo de la personalidad, de la autonomía, la identidad, la intimidad y la generatividad (y, por tanto, de la parentalidad) en una persona cuya vida como madre había comenzado ya de forma tan accidentada.

Décima consecuencia:

Un importante tema conectado con el anterior: cuando se instauran tratamientos con psicofármacos a madres o padres con hijos, ¿cuántos psiquiatras de adultos piensan en cómo se afectarán sus capacidades parentales? Y cuando el tratado es el niño, ¿se suele pensar en cómo esa profesionalización del niño afectará a la *parentalidad* de sus progenitores? Para buena parte de los psiquiatras de nuestro país y para gran parte de los gestores sanitarios, políticos, periodistas y público en general, los psicofármacos son una especie de “alimentos cerebrales” necesarios para determinadas “enfermedades” y para lograr “reequilibrios electroquímicos del cerebro”. Una visión claramente mágica de los psicofármacos. ¿Para qué pensar más?

Ahora bien: si se piensa que los psicofármacos, como otras drogas, son “psicofármacos” porque producen intoxicaciones cerebrales, algunas de ellas terapéuticas a ciertas dosis (Moncrieff, 2013), y que, en principio, la mayoría disminuyen la oscilación emocional de los seres humanos, de madres y padres, ¿no va a repercutir su uso en las

capacidades *marparentales*? ¿De qué otra forma nos mueven los niños a que los cuidemos si no es moviendo nuestra emociones, la propia etimología de *e-moción*? ¿Qué decir pues cuando el supuesto técnico administra supuestos fármacos para supuestas “enfermedades” de niños o adolescentes sin atender a la *marparentalidad* y a lo que sucede en la familia?

Por ejemplo, cuando se dan “estabilizadores del estado de ánimo a un niño” o neurolépticos, o derivados anfetamínicos, ¿se piensa en cómo ese “niño-enfermo-medicado” repercutirá en el apego padres-hijo y en las capacidades *mar-parentales* de su progenitores en el futuro? ¿Se piensa si eso les ayuda a disociar más los problemas individuales, de familia, de pareja, de parentalidad, o bien a afrontarlos e intentar elaborarlos?

En mi opinión actual, toda medicación administrada sin un estudio serio de esas afectaciones de la parentalidad por el uso de psicofármacos en los hijos o en los padres, supone una auténtica *barbaridad anti-sanitaria* que no podría haberse desarrollado sin el amparo de un márketing psicofarmacológico abusivo y en múltiples ocasiones condenado legalmente (Bentall, 2011; Moncrieff, 2013). Pero tampoco habría podido triunfar sin la burbuja profesionalista que envuelve todos los desarrollos del tardocapitalismo líquido de nuestros días. Por eso hemos podido encontrarnos niños y adolescentes medicados (de forma iatrogénica) en familias gravemente disfuncionales que nadie “trataba” –o, mejor, “trataba de ayudar”–; familias con gravísimos problemas de convivencia, o con abusos sexuales dentro de la familia, o con gravísimas negligencias en los cuidados de los niños, incluso con varios intentos de suicidio por esto (Dangerfield, 2014), pero en las que el medicado es el niño, el púber o el adolescente. De los padres y la familia, a menudo encontramos solo la coletilla: “sin antecedentes familiares de interés”.

He ahí otra expresión extrema de lo que he llamado “el triple miedo de la tardomodernidad”: *el miedo de los maestros a sus alumnos, de los políticos a sus conciudadanos y de los padres hacia sus hijos* (Tizón, 2011). Señal de más para que un campo fundamental para el psicoanálisis, las técnicas de psicoterapia y, en general, las técnicas psicológicas, así como de la promoción de la salud mental, sea hoy es atender a la parentalidad y a sus cuidados (Nanzer, 2012; Fivaz-Depeursinge y Philipp, 2014). Entre otras cosas, es una concreción técnica del “principio de la mínima profesionalización

necesaria y sostenible”, que antes recordábamos, como base de una asistencia realista y ecológica.

Como digo, todo ello es absolutamente imprescindible hoy, hasta el extremo de que no hacerlo así significa para mí un grave atraso, ya no solo técnico y práctico, es decir clínico, sino también teórico. Y tenemos numerosas ilustraciones, en las que no puedo entrar hoy aquí. Por ejemplo, referentes a las técnicas de psicoterapia en la infancia, a la pragmática de los equipos que atienden al desarrollo infantil precoz, a los “atolladeros asistenciales” en los cuales a menudo se encuentran los equipos que intentan proteger, incluso con medidas coercitivas a veces necesarias, el desarrollo de la infancia (en Catalunya, los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia, EAIA). Aunque también hay cada vez más equipos comunitarios que han aprendido de la anterior “burbuja profesionalista” y buscan teorías, técnicas y prácticas más holísticas y comunitarias. Son datos para la esperanza, como lo es el que cada vez haya más expertos, reales expertos, que se orientan en esta dirección (cfr. por ejemplo, US Services, 1999, 2007, 2010; Sourander et al., 2004; Vahtera, 2010; Shonkoff et al., 2012; Síndic de Greuges, 2013).

Undécima consecuencia:

Como decía, si tenemos en cuenta los problemas de la parentalidad que esas situaciones implican (y otros muchos, desde luego), deberíamos enfocar las coyunturas clínicas partiendo del nivel de representación mental, simbolización y organización de esas personas, y no de nuestras técnicas tradicionales, a menudo altaneras y verbalistas. Es algo que, como digo, he tratado de explicitar un poco más para el caso de las familias con psicosis en sus seno (Tablas 13 a 15), pero que ya hace años habíamos intentado trabajar en las Unidades de Salud Mental de La Verneda-La Pau y La Mina, las unidades de salud mental que han comunicado cifras de accesibilidad más altas entre las publicadas en la literatura internacional, incluso para las psicosis (Tizón, et al., 1997, 2000, 2009). Para nosotros, ese era un claro indicativo de que las familias nos consideraban accesibles y cercanos, y nos obligó a desarrollar técnicas no medicalizadoras ni profesionalizadoras, tales como las que hemos publicado en repetidas ocasiones (Tizón, Sanjosé y Nadal, 1996, 2000).

Así, en esos trabajos, para los padres con grandes dificultades en su parentalidad, proponíamos dos guías clínicas adaptadas: *La muñeca flor*, proveniente de Françoise Doltó, y las técnicas de *Pille a su hijo haciendo algo bueno*, de raigambre cognitivo-conductual. Otro sistema que nos ha dado grandes frutos asistenciales y que seguimos utilizando cotidianamente es el de la *Atención a los padres a través de los hijos* (Tizón, Sanjosé, Nadal, 1997, 2000), una técnica que debería ser indispensable en gran parte de las consultas de salud mental infanto-juvenil, pero que, a menudo, es negligida en favor de posicionamientos más “teóricos”, “profundos”, “excelsos” o, simplemente, por la disociación entre los servicios de salud mental de infancia y de adultos.

Otras guías clínicas que pueden ayudar en el mismo sentido, potenciando las capacidades *marparentales* de la familia y no profesionalizando innecesariamente, al menos de entrada, son nuestras propuestas para la *apnea del llanto* (Torregrosa y Tizón, 2008), las *comidas sucias* para la inapetencia o problemas de alimentación tempranos, el *protocolo relacional para la enuresis funcional* (sobre el que realizamos investigaciones empíricas de su eficacia y eficiencia), los *juegos grabando y cuentos al amor de la lumbre* para problemas de lenguaje y /o lectura, el *protocolo relacional para problemas del sueño*, etc. Se trata de guías clínicas sistematizadas, que llegamos a aplicar en centenares de casos y que, en varias ocasiones, fueron incluso investigadas en estudios empíricos (Torregrosa y Tizón, 2008).

Duodécima consecuencia:

En el mismo sentido, como hemos nombrado más arriba, hace decenios que venimos defendiendo la ineffectividad e ineficiencias de las psicoterapias y otras técnicas terapéuticas aplicadas a los niños y adolescentes sin crear un entorno de *tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad* o TIANC (Tizón, 2007, 2013, 2014) que incluya de forma destacada la psicoterapia familiar (que preferimos calificar más modestamente como “ayuda familiar”). En cualquier caso, creemos que hemos de permanecer muy atentos al desarrollo de los problemas de *marparentalidad* de sus componentes y a las necesidades concretas (y simbólicas) de esas familias concretas, en sus situaciones concretas y con sus riesgos de liquefacción.

En el mismo sentido, tras haber recibido la inspiración inicial por parte de la escuela suiza de las psicoterapias madre-hijo (Mazano y Palacio 1993, 2001, 2003), la aplicábamos con dos modificaciones de calado: 1) mayor atención a la observación y el señalamiento de las observaciones en detrimento de la interpretación; y 2) la necesaria inclusión del padre en tales psicoterapias, que proponíamos llamar *psicoterapias padres-hijo*, como una técnica diferenciada con respecto a las técnicas de pareja, las técnicas familiares, y demás. En realidad, en lenguaje *aggiornado*, se trata de “psicoterapias centradas en la parentalidad” (Tizón, 1991, 2003; Nanzer, 2012). Todo ello podría llevar a propuestas técnicas y pragmáticas como las que venimos defendiendo ya hace años y resumo en las tablas 16 y 17.

Con ese conjunto de ideas, y con el reconocimiento y citación de sus antecedentes, espero haber proporcionado algunos apuntes o indicaciones de por dónde pueden ir las cosas en el futuro, algo en lo cual, por fortuna, hasta las máximas autoridades pediátricas y sanitaristas internacionales parecen ir convergiendo (Jané-Llopis, 2004, 2005; Mari-Klose et al., 2009, 2010; Scott et al., 2001; Alexander, 2009; Bardslee et al., 2011; Shonkoff y Garner, 2012; US Services, 1999, 2007, 2010; WHO-OOMS, 2003, 2005, 2005) a pesar de que muchos de entre nosotros nos encontremos aún lejos de esa “necesaria puesta a punto”. Entre otras razones y sin-razones porque, para hacer esa “puesta a punto”, hemos de dejar de creer y colaborar en la burbuja maníaca y profesionalista en la que nos íbamos instalando progresivamente. Una actitud maníaca o hipomaníaca que ha reforzado no poco la liquefacción de nuestras técnicas y la burbuja biologista que se ha montado para la medicación abusiva de nuestros niños y adolescentes. ¿Hay profesionales que caigan más a menudo en el error teórico, técnico, clínico y práctico de llamar “enfermos” a los consultantes, o sujetos, que los propios psicoanalistas? Con otra consecuencia, para terminar:

Undécimo tercera consecuencia:

Esa necesaria “puesta a punto” teórica, técnica y de actitudes, implica, desde luego, abandonar o modificar profundamente las clasificaciones psicopatológicas y psiquiátricas hoy dominantes, y las perspectivas técnicas asentadas en ellas, como ya son partidarios de

hacer buena parte de los psicólogos de las asociaciones de psicología más poderosas del mundo (la British Psychological Society y la American Psychological Association) en su desvinculación o críticas más o menos ambivalentes del DSM. En particular, la declaración de la “Task Force” de la BPS (2013) propone un replanteamiento teórico y epistemológico de la psico(pato)logía del desarrollo, algo que, desde el punto de vista psicoanalítico, llevo proponiendo durante casi cuarenta años, al menos desde mi *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría* (1978).

Pero ese es otro tema de renovada actualidad, amplitud, gravedad y complejidad, por lo que me veo obligado a apuntarlo tan solo. Dejo para otro momento (y, posiblemente, para otros autores mejor preparados) el intento de profundizar en el mismo.

Considero que son grandes las tareas que, en todos los sentidos anteriores y otros muchos, deben enfrentar hoy una psico(pato)logía del desarrollo, una psicología y psicoterapia relacionales y un psicoanálisis puesto en contacto con los cambios del mundo y la postmodernidad. Nada más y nada menos, se trata de crear o desarrollar nuevas perspectivas teóricas, técnicas y prácticas para adaptar a nuestra coyuntura socio-cultural las ideas seculares de la parentalidad que han plasmado, sobre todo, los grandes artistas de todos los tiempos. Algo que percibió claramente Freud cuando escogió para sus conceptos básicos en este campo a Edipo, es decir, a Sófocles. Por eso me gustaría terminar este trabajo con la cita de otro artista. Tal vez este fragmento, como toda su obra, pueda sonar algo místico; empero, se trata de una mística o una espiritualidad integradora de cristianismo, budismo, sufismo y bastante del animismo, agnosticismo y contraculturalismo posterior de la generación *beat*. Un conjunto, a mi entender, hoy actualizado y redivivo en el movimiento contracultural de *Los indignados* y la *Democracia real ya*:

“... Vuestros hijos no son vuestros hijos. Son los hijos e hijas de la vida que se desea a sí misma. Ellos vienen a través de vosotros, pero no vienen de vosotros. Y, aunque estén con vosotros, no os pertenecen.

Podéis darles vuestro amor, pero no vuestros pensamientos, pues ellos tienen pensamientos propios. Podéis dar casa a sus cuerpos pero no a sus almas, porque sus almas moran en la casa del mañana, que vosotros no podréis visitar, ni siquiera en sueños. Podéis

esforzaros por pareceros a ellos, pero no tratéis de hacerlos parecidos a vosotros, pues la vida no retrocede ni se demora con el ayer.

Vosotros sois el arco desde el cual vuestros hijos son lanzados como flechas vivientes. El arquero ve el blanco en la ruta del infinito, y os tensa con su poder para que sus flechas sean veloces y lleguen lejos. ¡Que vuestro tensamiento en las manos del arquero sea gozoso!, pues así como él ama la flecha que vuela, ama también el arco que es estable”.

Kahlil Gibran

Tabla 9. Una posibilidad de explicitar las formas de organización familiar (y de organización de la *marparentalidad*).

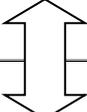
| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. LA ORGANIZACIÓN DRAMATIZADORA (HISTRIÓNICA).</p> <p>2. LA ORGANIZACIÓN EVITATIVA.</p> <p>3. LA ORGANIZACIÓN OBSESIVO-CONTROLADORA-RACIONALIZADORA.</p> <p>4. LA ORGANIZACIÓN DE ALTA EXIGENCIA EMOCIONAL, MELANCÓLICA (“intropunitiva” y de expectativas excesivas).</p> <p>5. LA ORGANIZACIÓN PERVERSA Y ADICTA.</p> <p>6. LA ORGANIZACIÓN INCONTINENTE.</p> <p style="padding-left: 40px;">. mediante la acción: actuación, psicopatía (SOCIOPÁTICA)</p> <p style="padding-left: 40px;">. mediante la somatización y la descarga corporal (OPERATORIA)</p> <p>7. LA ORGANIZACIÓN PARANOIDE.</p> <p>8. LA DES-ORGANIZACIÓN “PSICÓTICA” (organización-desorganización fragmentada y simbiótico-adhesiva de la familia y la <i>marparentalidad</i>).</p> |
|  |
| <p>La ORGANIZACIÓN-DESORGANIZACIÓN NO EQUILIBRADA, ALTERNANTE O “LÍMITE”: sin llegar a la ruptura psicótica, no hay una “organización” básica y, por lo tanto, puede manifestarse con cualquiera de las demás “organizaciones de la relación”.</p> |
| <p><i>Versus</i></p> |
| <p>La ORGANIZACIÓN “REPARATORIA”, presidida por una marentalidad y una parentalidad suficientemente desarrolladas, y por su comunicación creativa dentro del grupo familiar (en “posición reparatoria”).</p> |

Tabla 10. Funciones *mar-parentales* en la familia (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico).

| | Aspectos | Concepto-Resumen |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1. CUIDADO Y SUSTENTO CORPORALES BÁSICOS | * Provisión de alimento, vestido, refugio, ternura. | |
| 2. FUNCIONES (emocionales) INTROYECTIVAS Y PROYECTIVAS, que son la base de la mentalización y el pensamiento | <p>* Amor-ternura predominando sobre desconfianza y odio.</p> <p>* Esperanza predominando sobre desesperanza.</p> <p>* Confianza predominando sobre desconfianza.</p> <p>* Contención-<i>rêverie</i>² predominando sobre incontinencia.</p> <p>Eso significa el predominio y la modulación de las emociones primitivas agradables (placer-alegría, búsqueda, sorpresa...) sobre las emociones primitivas más aversivas (ira, miedo, asco, vergüenza, tal vez tristeza). (Y un predominio logrado, además, no mediante la eliminación de éstas últimas, sino mediante su modulación gracias al uso de las primeras</p> | <p>"Urdimbre afectiva".</p> <p>y</p> <p>Función de DIADA (madre-hijo).</p> |

² *Rêverie*: capacidad de empatía con el bebé y el niño, y de sentir, pensar y fantasear con él y por él.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | en la relación). | |
| 3. Proporcionar las bases para la RELACIÓN SUJETO – OBJETO, EXTERNA E INTERNA | <ul style="list-style-type: none"> * Creación del OBJETO. * Creación del SUJETO. * Creación del ESPACIO MENTAL. | |
| 4. FUNCIONES DE LÍMITES Y CONTENCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> * Capacidad de integrar límites. * Tolerancia a la espera y a la frustración. * Capacidad de pensar. | <p>TRIANGULACION ORIGINARIA: madre-hijo-padre.</p> <p>(Complejo de Edipo “primitivo”).</p> |
| 5. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SUPER-YO | <ul style="list-style-type: none"> * Conciencia moral: pulsiones versus sociedad: . moral, motivación, premios, logros. . objetivos, valores, lealtades. . formas de apoyo en crisis familiares y sociales. | |
| 6. IDENTIDADES PSICOSOCIALES FUNDAMENTALES | <ul style="list-style-type: none"> * Ideal del YO en la PSICOSEXUALIDAD. * en la AGRESIVIDAD-DESTRUCTIVIDAD. * en el CONOCIMIENTO. * en la MODULACIÓN EMOCIONAL. * en los PROCESOS DE DUELO ante las pérdidas afectivas. | |

| | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>7. MODELOS DE RELACIÓN CON EL EXTERIOR</p> | <p>* Perspectiva socio-conductual: familia estructurada, desestructurada, "en reversión", sobreimplicada o aglutinada, subimplicada, ansiosa-tensa, etc. * Perspectiva psicoanalítica: familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, "banda de chicos", "casa de muñecas", "en reversión", etc.</p> | <p>Las relaciones interior-exterior de la familia como "célula básica" de la sociedad.</p> |
| <p>8. Modelos para el APRENDIZAJE</p> | <p>* En especial, el aprendizaje placer-curiosidad-juego <i>versus</i> el aprendizaje obligación-acumulación-sufrimiento-robo.</p> | <p>El aprendizaje como resultado cognitivo-emotivo-relacional.</p> |

* Que deben repartirse en cada familia y diada entre la figura masculina y la figura femenina o entre el cuidador principal y (al menos) un cuidador secundario.

Tabla 11. Perspectivas clínicas de la *marparentalidad* (M-P).

| Perspectivas citadas en el presente trabajo | Tipos de <i>marparentalidad</i> | Componentes fundamentales de la M-P | Tipos clínico-relacionales | Emociones básicas dominantes en la M-P |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Eriksoniana</p> <p>Meltzeriana</p> <p>“Hispano-suiza”</p> <p>Psico(pato)logía basada en la relación.</p> <p>“Funciones psicosociales de la familia”.</p> | <p>.“Normal”-Reparatoria</p> <p>.Reparatoria-Neurótica</p> <p>.Depresivo-Masoquista</p> <p>.Narcisista - Disociada</p> | <p><i>Posición “reparatoria” del P o la M</i></p> <p><i>.Proyección dominante del P/M.</i></p> <p><i>.Contra-identificación del P/M</i></p> <p><i>.Objetivo de la proyección</i></p> <p><i>.Reacción del niño</i></p> | <p>Conflictos narcisistas con</p> <ul style="list-style-type: none"> . el P -M ideales . el <i>self</i> idealizado e ideal . el niño idealizado/real <p>⇓</p> <p>M-P basada en la “sombra del <i>self</i> parental” que cae sobre hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> . P Carenciales . P Dañados . P Idealizados <p>M-P basada en “la sombra del objeto de la M y el P” en la M-P de los progenitores:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Carenciales . Dañados . Idealizados | <p>Miedo</p> <p>Ira</p> <p>Asco</p> <p>Placer-alegría</p> <p>Sorpresa-conocimiento</p> <p>Vergüenza</p> <p>Tristeza</p> |

Tabla 12. Actitudes de los padres en la relación madre-bebé-padre más frecuentes en la clínica.

| Descripción | Tipos | Resultados en la Triangulación Originaria |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Padres distantes, disociados, (<i>subimplicados</i>) | <ul style="list-style-type: none"> . por la pareja . externamente disociados . emocionalmente disociados | <i>Cesión de todas las funciones parentales a la madre.</i> |
| Padres invasivos, (<i>sobreimplicados</i>) | <ul style="list-style-type: none"> . por narcisismo maligno . por problemas de identidad como personas/como padres .(++Identificación Proyectiva): por proyección masiva en el niño de OI del padre: <ul style="list-style-type: none"> . frágiles . persecutorios/temidos . idealizados | <i>Compiten con las M por todas las funciones: <ul style="list-style-type: none"> .las tradicionalmente femeninas .y las tradicionalmente masculinas. </i> |
| Padres fluctuantes (<i>relación fronteriza</i>) | <ul style="list-style-type: none"> . por identidad personal frágil . por identidad de género frágil | <i>Compiten/ceden en diversas funciones parentales.</i> |
| Padres en transición receptiva | <ul style="list-style-type: none"> . por crecimiento personal. . por cambios culturales y crecimiento personal . por substitución | <i>Contienen – colaboran - reciben- desarrollan- intercambian roles de pertenencia dudosa.</i> |

Tabla 13. La psicosis para la familia puede suponer³.

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Graves alteraciones en su funcionamiento grupal y en el desarrollo de la marentalidad y la parentalidad de todos sus miembros, y con ello:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento del sufrimiento emocional del paciente y la familia. . Conflictos emocionales difícilmente resolubles. . Problemas para tomar decisiones familiares importantes y necesarias. . Problemas en la crianza y desarrollo de los hijos pequeños a causa de problemas graves y duraderos en la elaboración de las emociones fundamentales: miedo, ira, asco, sorpresa y búsqueda, placer-alegría, tristeza, vergüenza. . Separaciones, divorcios, cambios de trabajo, migraciones. . Disminución de la calidad de vida y, probablemente, de la clase social. . Riesgo de trastornos mentales en otros miembros de la familia. . Aumento de la morbilidad (el número de enfermedades somáticas, corporales). . Riesgos de suicidio (en el paciente y la familia). . Riesgos de conductas hétero-agresivas. . Pérdida de productividad de varios de los miembros de la familia. . Costes añadidos en la economía familiar: cuidadores, urgencias, situaciones inesperadas, pérdidas y gastos inútiles, adquisiciones de bienes o servicios inútiles. (Hasta 80.000 € anuales pueden suponer los cuidados sociales de un paciente con psicosis). . Pérdida de posibilidades de desarrollo en el futuro. . Debilitación de las funciones emocionales introyectivas, básicas para el desarrollo individual y familiar: esperanza, confianza, solidaridad y capacidad de contención (por capaz que sea la familia, se irán agotando progresivamente). |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

³ Derivada de *Entender las psicosis*, 2013.

Consecuencia:

Es indispensable la ayuda familiar tipo TIANC en este tipo de trastornos, aunque solo fuera por economía social (y, más aún, por la economía de sufrimientos que resulta de la solidaridad social). Toda sociedad y todos los sistemas de salud y sociales deberían contar con las capacidades técnicas y los dispositivos adecuados para ayudas integrales a estos núcleos familiares y no solo para los grupos pudientes o privilegiados de esa sociedad.

Tabla 14. Factores precipitantes (no causantes) de las crisis psicóticas y algunas orientaciones para la ayuda de la familia en esas situaciones⁴.

| Factores precipitantes | Posibles orientaciones a la familia |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Situaciones emocionales difícilmente elaborables: crisis familiares, de amor, de pareja, conflictos con los amigos, etc. | . Ayudar a limitar el impacto emocional sobre el paciente, pero sin anular su vida emocional. . La familia debería ayudar a trabajar y elaborar esas emociones, a “ponerles nombre”, al menos. |
| Acontecimientos vitales que producen ansiedad o emociones desagradables: pérdidas familiares, duelos, catástrofes, hambrunas, migraciones, etc. | . Ayudar al paciente a hablar de esos acontecimientos vitales ansiógenos, a ponerles nombre, a enumerar las emociones y fantasías que provocan en el paciente y en los allegados. |
| | |

⁴ Tomada de *Entender las psicosis*, 2013 y de *Familia y psicosis*, 2014.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Drogas y fármacos estimulantes. | <p><i>. Recomendar abstinencia, pero sin insistencia continua, intrusiva (por ejemplo, no decirlo más de 3 veces/día).</i></p> <p><i>. “Pacto de colaboración a tres bandas”.</i></p> |
| Cambios notables en el nivel de estímulos recibidos (por aumento o por disminución) | <p><i>. Procurar mantener una constancia de estímulos, hábitos y rutinas familiares.</i></p> <p><i>. Intentar evitar las situaciones de alta EE crítica (expresión emocional crítica): riñas, gritos, culpabilización mutua, exigencia de responsabilidades con amenazas, etc.</i></p> <p><i>. Introducir de vez en cuando cambios en el nivel y tipo de estímulos afectivos y sensoriales que el paciente pueda admitir o, como poco, tolerar.</i></p> <p><i>. Técnicas de las “realidades alternativas”, “mudarse al sentimiento”, “pacto a tres bandas”, etc.</i></p> |
| Sobre-implicación de la familia (familia simbiótica). | <p><i>. Observar (y, eventualmente, señalar) las consecuencias: el paciente no podrá experimentar los ensayos y errores en la vida, no podrá avanzar en el proceso de separación / individuación.</i></p> |
| Intrusiones de la familia en la intimidad del paciente, en su identidad. | <p><i>. Observar (y, eventualmente, señalar) las consecuencias: el paciente se sentirá invadido, perseguido y, posiblemente, se atrincherará o agredirá más.</i></p> |
| Sub-implicación de la familia y allegados. | <p><i>. Observar y señalar lo solo y necesitado que, en realidad, está el paciente, aunque, a menudo, diga lo contrario.</i></p> |
| Falta de confianza en el paciente | <p><i>. Así se anulan sus capacidades, partes sanas, etc.</i></p> <p><i>. Darle al paciente un papel en su tratamiento: ayudarle a opinar, tolerar sus protestas con respecto a la medicación o</i></p> |

| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>los demás elementos de la terapia combinada, no negar los efectos secundarios, sino, admitiéndolos, ayudar al duelo de tener que usar esos fármacos, etc.</i> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 15. Técnicas de ayuda psicoterapéutica a la familia con psicosis⁵.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Exploración y ayuda familiar breve</i> (tandas de 3-4 entrevistas). Repetibles como “entrevistas familiares periódicas” o en “tandas de 6 a 8 entrevistas pre-programadas”. |
| <i>Psicoterapia familiar</i> de tipo psicoanalítico o sistémico: más reglada y prolongada. |
| <i>Grupos psico-educativos.</i> |
| <i>Grupos multifamiliares</i> , de modelo psicoanalítico, cognitivo-conductual o mixtos. |
| <i>ORGANIZACIÓN: Una ayuda familiar psicoterapéutica suele implicar las siguientes variables:</i> <i>Frecuencia: periódica y fija, entre semanal y mensual, durante 2 a 5 años.</i> <i>Duración: 1-2 horas por sesión.</i> <i>Asistentes: toda la familia (y, en ocasiones, los profesionales pedirán la participación de personas muy incluidas emocionalmente en la familia o en la relación con el paciente diagnosticado).</i> <i>Terapeutas: al menos, dos co-terapeutas.</i> |

⁵ Tomada de *Familia y psicosis*, 2014.

Tabla 16. La elección del encuadre de la ayuda profesional en la primera infancia en nuestros medios, según los participantes u objetivos.

| PERSONA | MODELOS |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIÑO | <i>Psicoterapias de niños, individuales o grupales.</i> |
| MADRE | <i>Psicoterapias de la madre, individuales o grupales.</i> |
| MADRE-HIJO | . <i>Modelo Cramer-Palacio-Manzano.</i> . <i>Modelo Observación terapéutica del niño con su madre.</i> . <i>Modelo Fivaz-Depeursinge y cols.</i> |
| MADRE-PADRE | . <i>Psicoterapias de pareja:</i> - <i>con foco en el niño y su bienestar</i> - <i>con focalización más general</i> . <i>“Atención a los padres a través del hijo”.</i> . <i>“Grupos de padres”.</i> |
| MADRE-PADRE-NIÑO | . <i>Familiar con foco en el niño.</i> . <i>Psicoterapias padres-hijo influenciadas por la Observación de bebés.</i> . <i>Modelo Fivaz-Depeursinge y cols.</i> |
| FAMILIAR | <i>Psicoterapia familiar:</i> . <i>modelos psicoanalíticos</i> . <i>modelos sistémicos</i> . <i>modelos cognitivos</i> . <i>modelos combinados</i> |
| FAMILIAR EN EL HOGAR | . <i>Modelos UCLA, Yale, Open Dialogue.</i> . <i>“Jugando con el bebé” y similares.</i> . <i>Observación terapéutica en la infancia y observación asistencial en la infancia.</i> |

Tabla 17. Algoritmo elemental de los criterios para la elección de la ayuda psicológica

principal en la infancia.

| Foco de atención | Características | Elección |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mundo interno del niño | ¿Alterado de forma irreversible si no hay PST? . SI → | → Psicoterapia del niño. → Complementar siempre con ayuda, entrevistas o PST familiar. |
| | . NO → | → Decidir la PST, si ella es posible. → Imprescindible la “ayuda psicológica” o la PST a los progenitores. |
| Elementos internos a la díada | ¿Capacidad de insight y contención de la madre o el padre? . SI → | → PST con la madre y/o el padre. → PST madre-niño. → PST padres-hijo. |
| | . NO → | → Intentar PST padres-hijo o entrevistas de contención familiares. |
| | ¿Capacidad del padre o del resto de la familia para contener a la díada? . SI → | → PST familiar o entrevistas familiares periódicas. |
| | . NO → | → PST del niño + entrevistas de contención familiares. |

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elementos externos a la díada | <ul style="list-style-type: none"> . Nivel del diagnóstico alcanzado. . Dificultades asistenciales. . Ayudas disponibles. | <ul style="list-style-type: none"> . Observación terapéutica en la infancia. . Psicoterapias padres-hijo influenciadas por la Observación de bebés. . Otras técnicas. |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Referencias bibliográficas

Alexander R. (2009), *Children, their world, their Education*, London, Routledge.

Beardslee, W.R., Chien, P.L. & Bell, C.C. (2011), “Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective”, *Psychiatr. Serv.*, 62, 3, pp. 247-254. doi: 10.1176/appi.ps.62.3.247.

<<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/62/3/247>>

Bentall, R. (2011), *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*, Barcelona, Herder-3P.

Bion, W.R. (1952), *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós, 1959, 1972.

Brazelton, T.B. y Cramer, B. (1993), *La relación más temprana*, Barcelona, Paidós.

Brazelton, T.B. (1992), *Touchpoints: Emotional and Behavioral Development*, Paris, Stock.

British Psychological Society (2011), *Statement on the open letter to the DSM-5 Taskforce*, on: http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/pr1923_attachment_-

[final_bps_statement_on_dsm-5_12-12-2011.pdf](#).

Buitrago, F. y Vergeles, J.M., (1997), “Hijos de familias monoparentales”, en curso a distancia de *Prevención en Atención Primaria del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*, sem. FYC, Renart, Barcelona.

Casado, D. (2010), “Medidas legales de conciliación de funciones familiares y laborales”, *Políticas sociales en Europa*, 28, pp. 57-63.

Dal Cin, A., de Mesones, J., Tizón J.L. (1995), “La Mina district of Barcelona: A planning approach to psychopathology”, *Cities*, 12, 2, pp. 87-95.

Dangerfield, M. (2012), “Negligencia y violencia sobre el adolescente: Abordaje desde un Hospital de Día”, *TEMAS DE PSICOANÁLISIS*, núm. 4, <http://www.temasdepsicoanalisis.org>.

Emde, R.N (1994), “Individuality, context and the search for meaning”, *Child Dev.*, 65, 3, pp. 719-737.

Emde, R.N. (1999), “Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis”, *Int. J. Psychoanal.*, 80, pp. 317-341.

Ezpeleta, L. (ed.) (2005), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*, Barcelona, Masson.

Feder, A., Nestler, E.J. y Charney, D.S. (2009), “Psychobiology and molecular genetics of resilience”, *Nature Reviews*, 2009, vol. 10, pp. 446-457.

Fernández, C., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., García-Campayo, J., Montón, C.,

Tizón, J.L. (2009), “Prevención de los trastornos de salud mental”, *PAPPS, Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, Semfyc*, Barcelona.

Fivaz-Depeursinge, E., Philipp, D.A. (2014), *The Baby and the Couple: Understanding and treating young families*, Routledge, East Sussex & New York.

Fonagy, P. (2000), “The development of Psychopathology form infancy to adulthood: The misterious unfolding of disturbance in time”, *Plenary Adress at the World Association of Infant Mental health Congress*, Montreal, WAIMH.

Fonagy, P., Gergely, G. y Jurist, E.L. (2002), *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, New York, Other Press.

Freeman, H., Stansfeld, S. (eds.) (2008), *The Impact of the Environment on Psychiatric Disorder*, London & New York, Routledge.

Freud, S. (1909), “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. X, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

Fuster, P. (2006), *L'accés a la paternitat com a transició psicosocial*, Tesis Doctoral, Director: Dr. Jorge L. Tizón, Tutor: Dr. Carles Pérez i Testor, Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Fuster, P., Tizón, J.L. (2008), “Is it Possible Today to Think of a Father's Postpartum Blues?”, *Infant Mental Health Journal*, 29 (3A), núm. 422.

Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública (2009), *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: Infància amb salut*, Barcelona, <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf> , visitada el 5 de junio del 2009 y en www.scpediatria.cat, visitada el 27 de julio del 2009.

Gergen, K. (2000), *The saturated Self*, New York, Basic Books.

Green, M. (ed.) (1994), *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*, Arlington, VA, National Center for Education in Maternal and Children Health.

Green V (ed.) (2003), *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, London, Brunner-Routledge.

Hammons, A.K. & Fiese, B.H (2011), “Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents?”, *Pediatrics*, 127, e000.

Holmes, J., Neighbour, R., Tarrier, N., Hinselwood, R.D., Bolsover, N. (2002), “All you need is cognitive behaviour therapy?”, *BMJ*, 324, pp. 288-294.

Jané-Llopis, E. (2004), “La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales”, *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, 89, pp. 67-79. Et al., 2002.

Jané-Llopis, E., Anderson, P. (2005), *European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention*, Nijmegen, IMHPA, <http://www.imhpa.net/actionplan>.

Maisondieu, J. et Métanyer, L. (2007), *Les thérapies familiales*, Paris, PUF.

Manzano, J. (ed.) (2001), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*, Madrid, Necodisne.

Manzano, J. y Palacio, F. (1993), *Las terapias en psiquiatría infantil*, Barcelona, Paidós.

Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (2008), *La dimensión narcisista de la personalidad*, Barcelona, Herder.

Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (2002), *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao, Altxa.

Marí-Klose, P., Marí-Klose, M., Granados, F.J., Gómez-Granell, C., Martínez, A. (2009), “Informe de la Inclusión Social en España”, *Observatorio de la Inclusión Social*, Caixa Catalunya, Obra social.

Marí-Klose, P., Marí-Klose, M., Vaquera, E. y Cunningham, S.A. (2010), “Infancia y futuro. Nuevas realidades, nuevos retos”, *Colección Estudios Sociales*, núm. 30. Obra Social, Fundación “la Caixa”.

Meissels, S.J. y Shonkoff, J.P. (comps) (1990), *Handbook of Early Childhood Intervention*, Cambridge, Press Syndic of the University of Cambridge.

Meltzer, D. Harris, M. y Hayward, B. (1989), *El paper educatiu de la família. Un model Psicoanalític del procés d'aprenentatge*, Barcelona, Espaxs.

Moncrieff, J. (2013), *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*, Barcelona, Herder-3P.

Morgan, C., McKenzie, K., Fearon, P. (eds) (2008), *Society and Psychosis*, Cambridge, Cambridge University Presss.

Nanzer, N. (coord.) (2012), *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*, Paris, PUF.

Napier, C. (2014), “How use of screen media affects the emotional development of infants”,

Primary Health Care, 24 (2), pp. 18-25.

Pavón, A., Tizón, J.L., Casado, J., Valcárce, M., Torras, E. y Serra, P. (2010), *Más tiempo con los hijos*, <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com.es/>. También en Casado, D., Pavón, A., Sierra, P., Tizón, J.L., Torras, E. y Valcárce, M. (2010), “Más tiempo con los hijos. Manifiesto: Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos”, *Políticas sociales en Europa*, 28, pp. 149-153.

Pinker, S. (2012), *Los ángeles que llevamos dentro: El declive de la violencia y sus implicaciones*, Barcelona, Paidós.

Quijada, Y., Tizón, J.L., Artigue, J., Kwapil, T.R., Barrantes-Vidal, N. (2012), “Attachment style predicts 6-month improvement in psychoticism in persons with at-risk mental state for psychosis”, *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 4, pp. 442-9, doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00342.x.

Salvador, G. (2009), *Familia: Experiencia grupal básica*, Barcelona, Paidós.

Schore, A. (2003), “The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional life”, en V. Green (comp.), *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, Hove and New York, Brunner-Routledge.

Scott, S. et al. (2001), “Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood”, *British Medical Journal*, 323, pp. 191-195.

Shonkoff, J. y Garner, A.S. (2012), “The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress”, *Pediatrics*, 129, 1, pp. 232-46.

Síndic de Greuges de Catalunya (2009), “Informe extraordinari: La protecció de la infància

en situació d'alt risc social a Catalunya”, Barcelona, Síndic de Greuges.

Sourander, A. et al. (2004), “Have there been changes in children’s psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 9, pp. 1134–1167.

Thomas, G. (1995), *Comentarios sobre “Elementos de psicoanálisis”*, Madrid, EEPP.

Tizón, J.L. *Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel; 1978.

Tizón, J.L. (1982), *Apuntes para una psicología basada en la relación*, Barcelona, Biblària, (1995 6^a ed.).

Tizón, J.L. (1991), “La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil”, *Clínica y Análisis Grupal*, 13, 3, pp. 417-443.

Tizón, J.L. (2001), “Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro”, en Sasot, J., Moraga, F.A. (eds), *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*, Barcelona, Prous Science, pp. 145-167.

Tizón, J.L. (2003), “La psicoterapia breve padres-hijo: ¿Una técnica diferenciada?” *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 1, pp. 43-70.

Tizón, J.L. (2005), “Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores”, *Formación Médica Continuada*, Barcelona, 12, 4, pp. 70-85.

Tizón, J.L. (2007), *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*, Barcelona, Herder.

Tizón, J.L. (2009), “Editorial: Por una psicología y una política del cuidado personalizado

de los bebés y los niños”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, pp. 7-8.

Tizón, J.L. (2011), “Funciones psicosociales de la familia y cuidados precoces en la infancia”, *TEMAS DE PSICOANÁLISIS*, www.temasdepsicoanalisis.org.

Tizón, J.L. (2011), “Crianza de los hijos y actividad laboral, Parte 1: ¿Cómo aproximarnos a la necesaria conciliación? y Parte 2: Reflexiones psicológicas, psicopatológicas, psicopedagógicas y un epílogo pragmático”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 17, 4, pp. 27-39 y 18, 11, pp. 15-33.

Tizón, J.L. (2012), “La atención a los pacientes con estados mentales de alto riesgo (de psicosis). I. Introducción. II. El EAPPP. Un Equipo Piloto de Atención Integrada”, en M. Desviat y A. Moreno (editores), *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, pp. 506-535.

Tizón, J.L. (2013a), *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*, Barcelona, Herder.

Tizón, J.L. (2013b), *Entender la psicosis: Hacia un enfoque integrador*, Barcelona, Herder.

Tizón, J.L. (2013c), “La insoportable venalidad del mal: Reflexiones psicoanalíticas sobre la crisis social actual”, *TEMAS DE PSICOANÁLISIS*, www.temasdepsicoanalisis.org.

Tizón, J.L. (2014), *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*, Barcelona, Herder.

Tizón, J.L., Amadó, N., Jufresa, P., Gámiz, A., Hernández, I., Minguella, I. y Martínez, M. (2009), “¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la*

Adolescencia, 13, pp. 41-51.

Tizón, J.L., Amadó, N., Jufresa, P., Gámiz, A., Hernández, I., Minguella, I. y Martínez, M. (2009), *¿Vidas paralelas?: Hacia el año de vida*, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, pp. 81-87.

Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomà, M., Marzari, B. (2008), “Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?”, *Clínica y Salud*, 19, 1, pp. 27-58.

Tizón, J.L., Buitrago, F., Ciurana, R. (coordinador), Chocrón, L., Fernández, C., García-Campayo, J., Montón, C., Redondo, M.J. (2003), “Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud”, *El Programa del PAPPS y la SEMFyC*, versión 2003, en www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf (página del *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*). Un resumen en *Atención Primaria*, 2003, 32, supl. 2, pp. 77-101.

Tizón, J.L., Ciurana, R., Buitrago, F., Camón, R., Chocrón, L., Fernández, C. y Montón, C. (1997), “Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud”, *Atención Primaria*, 20, supl. 2, pp. 121-151.

Tizón, J.L., Dal Cin, A., de Mesones, J. y el Equipo SASPE (2006), “Salud mental ciudades y urbanismo: 2 Planificación regional y salud mental”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 98, 26, pp. 107-119.

Tizón, J.L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M., Pérez, C., Pareja, F., Sorribes, M., Marzari, B., Quijada, Y. y Catalá, L. (2009), “Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan

areas of Barcelona”, *Schizophrenia Research*, 112, 1-3, pp. 143-148. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.008.

Tizón, J.L., Fuster, P. (2005), “Un papel para el padre”, *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 6, pp. 27-40.

Tizón, J.L., Morales, N., Artigue, J., Quijada, Y., Pérez, C., Pareja, F. y Salamero, M. (2013), “Delusional disorders: Prevalence in two socially differentiated neighborhoods of Barcelona”, *Psychosis*. doi:10.1080/17522439.2013.773364.

Tizón, J.L., San-José, J. y Nadal, D. (1993), *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder (1997, 2000, 2013).

Tizón, J.L., Sforza, M. (2008), *Días de duelo: encontrando salidas*, Barcelona, Alba ed.

Torras, E (2010), *La mejor guardería, tu casa*, Barcelona, Plataforma.

Torregrosa, M.J. y Tizón, J.L. (2008), “Espasmo del sollozo o apnea del llanto”, en M. Cruz-Hernández, 9ª Edición del *Manual de Pediatría*, Madrid, Ergon, 2ª edición.

US Department of Health and Human Services (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, Rockville MD, National Institute of Mental Health.

US Department of Education (2010), *Early Childhood Education*, Washington. También en www.ed.gov.

US Preventive Services Task Force (2007), *The Guide to Clinical Preventive Services*, Washington, AHRQ, www.ahrq.gov.

Vahtera, A. (2009), *e-Governement in the Finnish early Childhood Education: An*

Analysis of Current Status and Challenges, Boston, Springer.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W. Read, J., van Os, J. y Bentall, R. (2013), “Las adversidades en la infancia incrementan el riesgo de psicosis: metaanálisis de estudios paciente-control, prospectivos y de corte transversal de estudios de cohorte”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, pp. 51-64.

Veling, W., Hoek, H.W., Selten, J.P. y Susser, E. (2011), “Age at Migration and Future Risk of Psychotic Disorders Among Immigrants in the Netherlands: A 7-Year Incidence Study”, *Am. J. Psychiatry*, 168, pp. 1278-1285. 10.1176/appi.ajp.2011.11010110.

WHO-OMS (2003), *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.

WHO-OMS, (2004), *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report*, World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf, Geneva.

WHO-OMS (2005), *Child and adolescent mental health policies and plans*, World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf, Geneva.

WHO-OMS (2005), *Conclusions from Pre-conference “The Mental Health of Children and Adolescents”*, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 september 2004 in Luxembourg, Geneva, OMS.

Resumen

En la segunda parte del trabajo intento desarrollar las consecuencias de los datos psicosociales y psicológicos que enumerábamos en la primera parte. En ese sentido, se presentan varios modelos psicoanalíticos actuales de la *mar/parentalidad*: además del eriksoniano, el de Meltzer y Harris, el de la “escuela suiza” y algunos fragmentos del que hemos tenido que desarrollar para la atención a la salud mental y la prevención en salud mental desde los dispositivos públicos en una situación como la actual. Una situación marcada por la pobreza de dichos medios y sistemas dentro de los abusos y recortes-robo radicalmente insolidarios del tardocapitalismo líquido de nuestros días: así, se propone un esquema de las funciones de la familia desde una perspectiva psicoanalítica y psicosocial y una perspectiva de la *mar/parentalidad* desde una actualización del concepto eriksoniano de generatividad.

Ello nos obligaría a desarrollar una serie de consecuencias no solo teóricas, sino también directamente técnicas y asistenciales, tanto desde el vértice psicoanalítico como desde cualquier otro modelo asistencial que no acepte acríticamente los planteamientos sociales y asistenciales antisolidarios del tardocapitalismo neoliberal dominante en la Europa de nuestros días. De entre esa serie de consecuencias, presentamos aquí trece en las cuales hemos podido trabajar directamente a lo largo de los últimos decenios.

Palabras clave: parentalidad, funciones de la familia, objetos internos, generatividad, relación, desarrollo epigenético, sociedad “líquida”, neoliberalismo asistencial, psicología del desarrollo.

Jorge L. Tizón

Psiquiatra. Psicólogo. Psicoanalista SEP-IPA.

Profesor en el Institut Universitari de la Fundació Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull.