

CUANDO LA TELE-PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA CON PADRES E INFANTES ES LA ÚNICA ALTERNATIVA

Stella Acquarone, PhD

Me permito expresar una esperanza de que con el incremento de la experiencia, los psicoanalistas pronto podrán llegar a un acuerdo en cuestiones de técnica y en el método más efectivo de tratar pacientes neuróticos...

Sigmund Freud.

Introducción

Recordando esta sugerencia de Freud sobre técnica y método con pacientes neuróticos, me pregunté si era posible ayudar a aquellas familias con niños pequeños que tienen dificultades para acceder a una ayuda presencial. En su momento, Freud trató al pequeño Hans a través de sus padres y, revisando trabajos sobre psicoterapia online, ya en 1951, L.J.-Saul publicó un artículo sobre la atención telefónica con adultos. En ese artículo, él predijo que aunque pueda encontrarse resistencia al cambio de modelo en el psicoanálisis tradicional, éste se tendrá que adaptar en el futuro a métodos televisuales de comunicación con el paciente. En 1970 resurge el teléfono como una ayuda técnica en el tratamiento de pacientes psicoanalíticos y autores como Lipton (1988), Miller (1973) y Robertiello (1972) publican su experiencia y reflexiones. En los inicios del siglo XXI se realizó una encuesta en la Sociedad Psicoanalítica Americana citada en los trabajos de Leffer (2003) y Lindon (2000), en la cual se estimó que el 83% de los analistas habían usado el teléfono en el tratamiento de sus pacientes.

La evolución hacia métodos visuales de trabajo con el paciente, surgió con Skype. Esta nueva tecnología creó otro cuestionamiento a la ya adoptada manera telefónica de trabajar con pacientes y suscitó preguntas que están relacionadas con la corporeidad virtual del paciente, cuando paciente y analista están presentes cara a cara a través de la pantalla, dado que internet distorsiona en el tiempo los movimientos, los gestos y la voz. Se plantean, entonces, cuestiones y dudas sobre los datos con los que estamos trabajando, si son reales o ficticios, ya que los movimientos y gestos se podrían interpretar como respuesta a lo que estamos diciendo ahora o bien, si forman parte de lo que ocurrió unos minutos antes.

Tengo presente las investigaciones sobre la interacción madre-bebé, los estudios sobre la intersubjetividad (Beebe, Knoblauch, Rustin and Sorter, 2003), las teorías acerca del apego y regulación de afectos (Shore, 2005) y las teorías acerca de cómo se procesa la información desarrollada por Bayles (2007), Shore (2006) y Siegel (1999). Estos autores explican cómo el concepto de la manifestación de los procesos inconscientes aparece invisible e implícito en los procesos corporales, continuamente influenciando nuestro comportamiento y funcionamiento (Shore, 2006). De esta manera, los problemas de deformación aparente en Skype, pueden ser contrarrestados en lo que se puede ver y apreciar del paciente y con aquello que le aportamos al paciente con nuestra comunicación corporal.

Sharff (2011) tiene numerosas publicaciones acerca de pacientes adultos en análisis por teléfono y vía skype en las que menciona sus ventajas y desventajas. Él subraya la importancia del análisis de las resistencias, la regresión en los pacientes a través de la transferencia y la contratransferencia. Estos procesos dependen de la capacidad del psicoterapeuta de mantener la atención flotante, además de la observación sutil de los gestos, comentarios y evocaciones que el paciente manifiesta.

Cuando pensamos en cómo los niños reaccionan y trabajan frente a una computadora que contiene la imagen de la terapeuta en la pantalla, estamos frente a algo que es diferente y es así como revisaré brevemente el trabajo con niños a través de video terapia, el cual, se complica un poco más porque los niños juegan y tienen que jugar con el terapeuta. Sehon (2013) explica a

través de dos viñetas de pacientes niños, cómo ella usó VoIP (un programa que permite hacer llamadas a través de la conexión a Internet), satisfactoriamente para evitar interrupciones en el tratamiento, haciendo de puente y ayudando a elaborar las ansiedades de separación. Uno de sus pacientes jugaba desde su lugar y la analista podía hablar y asociar con él material lúdico que le presentaba a través de la pantalla.

Bayles (2012) se pregunta acerca de si es importante la proximidad física como algo intrínseco al proceso psicoanalítico, y concluye que cuando el proceso va bien, puede ser aún más atrayente e interesante el proceso terapéutico, pero cuando el paciente disocia es más difícil hacerlo participar con sus estados “no-yo” (not me). Bayles recomienda ser conscientes de cómo nuestras modalidades sensoriales se ocupan de la narración del paciente prestando especial atención a la propiocepción e intercepción (sentidos que nos hacen saber lo que está ocurriendo en nuestros cuerpos). En otras palabras: cómo nuestros sentidos interactúan intra e interpersonalmente, cuál es su función en la interacción relacional y si estamos limitados por la tecnología. Parecería que el órgano más involucrado son los ojos y éstos, sólo ven la cabeza en la pantalla. Bayles argumenta que, perdiendo la comunicación implícita a nivel corporal, la cual, de acuerdo a Shore está capturada por el cerebro derecho y provee una base para la regulación de los afectos, compromete la comunicación no consciente y es menos efectiva. Teniendo esto en cuenta, en la psicoterapia psicoanalítica de padres e infantes ha sido muy útil observar a la familia de cuerpo entero jugando con los niños para reactivar en nosotros, los terapeutas, reacciones corporales. Oromí (2014) concluye que los tratamientos por videoconferencia, con todas sus peculiaridades pueden ayudar a identificar nuevos aspectos reveladores que aparecen como consecuencia del factor tecnológico.

Voy a presentar dos viñetas para ilustrar cómo las dificultades en la relación entre padres y bebés o niños pequeños pueden ser elaboradas a través de estos medios tecnológicos.

Inicio del trabajo vía VoIP /Skype

En el año 2004 me di cuenta que en muchas partes del mundo no había psicoterapeutas y aún menos, especializados en trabajar con padres y bebés o niños muy pequeños. Resolví crear una manera de trabajar dónde tendría un *setting* claro, seguro y estable, semejante al de mi consultorio. En el primer encuentro vía Skype concretamos las condiciones de cómo iba a desarrollarse el tratamiento.

La oportunidad se presentó a través de la página web donde personas que estaban en Canadá o en Vietnam preguntaban si podían tener consultas a través de VoIP. En mi caso, yo usaba Skype o teléfono y pensé que escuchando las dificultades emocionales por teléfono o digitalmente, me era posible compartir y reflexionar qué ayuda local podrían encontrar. O bien, si yo misma desde Londres, vía videoconferencia, podría ser de ayuda a las demandas que planteaban.

Con la pandemia del coronavirus se ha hecho inminente la necesidad de ver a los pacientes vía VoIP, y nos cuestionamos cómo mejorar nuestro pensamiento y práctica para ayudar a nuestros pacientes cuando hay más de uno del otro lado de la pantalla.

Se cuestionará la adaptación necesaria para poder trabajar con uno o dos niños y sus padres, el uso de la transferencia y contratransferencia, la resistencia y el funcionamiento defensivo y evaluaremos empíricamente, a través de una escala, los resultados de este trabajo.

Un beneficio secundario podría ser su uso para cubrir zonas en diferentes países, en los cuales, los recursos psicoterapéuticos son escasos o no existen.

Las preguntas acerca de la efectividad de la consulta aparecen cuando es la única opción de poder ayudar. Esta manera de trabajar en principio no se enseña en la formación psicoanalítica y el tener que hacerlo debido a una pandemia, reactiva ansiedades nuevas en los terapeutas que nunca lo hicieron y/o que temen la novedad. La posibilidad de errar es quizás mayor hasta que nos acostumbremos a todos los elementos que tenemos delante, en lugar de los datos que nos faltan, como por ejemplo la corporeidad real, los olores, la totalidad de los cuerpos (no solo la cara o la parte superior del cuerpo). Este encuentro digital se puede acompañar, en el nuevo practicante, de ansiedades catastróficas, que tal y como dice Bion, al principio se asocian a todo cambio.

Setting

Antes de la primera entrevista por Skype, envío un formulario donde pregunto aspectos emocionales y experienciales de la familia. Asimismo, les pido incluir vídeos, informes médicos o de otros profesionales y aquella otra información que consideren importante que yo conozca.

Acordamos los honorarios por hora y los términos en caso de ausencia. Acordamos una hora y día determinados, a realizarse a través de videoconferencia VoIP (Voice over Internet Protocol). En mi consulta de niños tengo una familia de osos de peluche de dos tamaños vestidos con ropas de niños pequeños. Las medidas son de 40 y 30 centímetros, para que yo pueda ejemplificar con ellos si es necesario.

Además, tengo otros elementos como una pelota liviana, papel y lápices, aros de colores, juegos de té, cubos y otros elementos como platos de papel, una mantita para jugar al escondite, algún libro de cuentos y plastilina.

Me siento en una silla cómoda desde donde escucho a los padres y veo cómo ellos se comportan. Si el niño está en los brazos, tal cual como si estuvieran en mi consultorio, me fijo en la manera de sostener al bebé, y de relacionarse con el niño, con todas las posibilidades y sentidos. También observo cuál es el tono muscular del bebé o niño. Desde allí observo como lo haría en mi consultorio, cuándo y cómo le prestan atención al bebé o niño y cómo reaccionan todos. Observo también el lenguaje corporal de los padres y del niño. Con atención flotante presto atención a los mensajes verbales y no verbales que me transmiten y las reacciones en mí y en mis pensamientos con respecto a lo que está sucediendo. Les pido a los padres que tengan con ellos los elementos lúdicos que utilizan para jugar con su bebé (o niño pequeño). Es importante ver los elementos lúdicos con los que cuentan. Pueden ser todos de superficies duras, como cubos, coches y trenes, o suaves, de diferentes materiales y colores y cuántos juguetes son eléctricos o digitales, incluyendo iPads. Me interesa ver no sólo si son puntuales y su disponibilidad a llamarme cuando estén listos, sino qué ambiente usan ellos para reunirse y mostrarme: la cocina, su dormitorio, el

dormitorio del bebé o niño, la sala de estar. La resistencia aparece clara y directa a través de las excusas, malentendidos con respecto al día y hora y dependiendo del grado de culpa inconsciente que no pueden enfrentar. En algunos casos ellos prefieren aceptar que su bebé tiene problemas médicos o señales de autismo o trastornos cromosómicos, antes de confrontar su parte personal o intergeneracional con respecto al problema que aparece en el niño, sobre todo cuando ha habido conflictos en el pasado que los padres no quisieron mirar o resolver.

Podemos ver el estado de la vivienda, ordenada o no. Interpreto esto como un indicio del estado mental y de la capacidad de contención de los padres con relación al niño.

En la primera consulta les comento el método, el cómo trabajo, pues no hay consejos y sí un espacio para observar y pensar juntos el problema que los aqueja. Además, fijo el número de sesiones (generalmente entre 6 y 10). Es frecuente que la relación continúe por años. Naturalmente las entrevistas se hacen cada vez más espaciadas. Cuando observo indicadores de estabilidad y crecimiento emocional en la familia se finaliza totalmente.

Describiré el caso clínico con el cual me inicié en esta manera de trabajar y otro más actual.

Caso clínico 1. Mellizas Cielo y Estrella, 14 meses

En el año 2004 me consultó un psicoanalista canadiense que había hecho la especialización de Psicoterapia Psicoanalítica parento-infantil en la School of Infant Mental Health en Londres y había supervisado conmigo sus casos. Me solicitó ayuda para su paciente, quien había revertido su vasectomía para tener niños en su tercer matrimonio. Su mujer tuvo mellizas prematuras con problemas físicos (y posiblemente mentales). La pareja estaba abrumada y desesperada. Los bebés tenían en aquel momento catorce meses y estaban teniendo serios fallos de desarrollo y se temía la muerte o daño cerebral. Para ellos era imposible venir a Londres debido a la compleja historia médica de las niñas. Solicité que me enviaran videos actuales de las niñas. Los padres enviaron videos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde podía observar a un padre continuamente al lado de las incubadoras durmiéndose y en continuo letargo. En ese momento no

entendía muy bien por qué me enviaban esos ejemplos. Luego pensé que querían que yo advirtiera la imposibilidad que tenían de relacionarse con sus hijas que estaban tan críticamente enfermas y peleando por sobrevivir. Parecía que el padre estaba allí porque le habían dicho que eso era importante pero no le informaron sobre qué tenía que hacer. La carita de las pequeñas me recordaba a las caritas de los bebés presentados por Spitz en su film “Duelo, un peligro en la infancia”, en el cual se refiere a dos clases de depresión en bebés, por duelo de la madre y por falta desde el principio de la madre (depresión anaclítica). Pensé que yo tenía suficientes pensamientos y reacciones contratransferenciales para tratar de trabajar con ellos si estaban interesados en un contacto virtual por Skype. De esta manera, se iniciaron encuentros semanales vía Skype. Se realizaron 50 encuentros semanales. Una vez concluidos hice seis seguimientos mensuales.

Setting

Luego de establecer el setting que describí anteriormente inicié las sesiones. Cuando aparecieron en la pantalla, la madre de las mellizas comentó que era cuarenta años menor que el marido, quien tenía aspecto juvenil y había insistido en tener un bebé. Ella era menor que las hijas del marido quien se acababa de jubilar y tenía varios nietos de diferentes edades. En mi mente estaban muy presentes los videos de la Unidad Especial de Cuidados Intensivos que había recibido de los padres. Yo estaba inundada del silencio del padre y del ruido de monitores de la unidad especial y cuando los vi en la pantalla. Ambos padres estaban sentados en sofás opuestos, estirados sin postura incómoda, evidentemente para que yo observe y “arregle” a sus hijas, que fueron puestas en el suelo sin decir una sola palabra. Estaban vestidas con pijamas de dormir y el pelito revuelto. Las pusieron con dos muñecos de goma con voces automáticas que colocaron con una ventosa en el piso y dejaron estos “juguetes” que reían de una manera siniestra moviéndose de lado a lado. Los padres a través de la actitud corporal mostraban depresión, que estaban hartos y sin salida. Las pequeñas sonreían de una manera estereotipada, las bocas mostraban la mueca de una leve sonrisa, los ojos estaban vacíos, desesperados, y sus cuerpos se movían de lado a lado

rítmicamente como si se estuvieran meciendo. La imagen de los bebés sin madre de Spitz volvió a mi mente. Les pregunté a los padres cómo los podía ayudar y me contestaron con una pregunta: ¿Qué le parece Doctora?, sentí una gran decepción. Esta pareja no podía expresar la desilusión y rabia que sentían. Les comenté que prefería que ellos mismos me explicaran y me mostraran lo que podían hacer.

Contestaron que los bebés no hacían nada, solo comen un poco, duermen y ensucian pañales. ¡Ni siquiera lloran! Les dije que cuando les pedí un video de las pequeñas, me enviaron un video de éstas en la unidad especial de prematuros y que vi lo difícil y traumático que había sido para los cuatro. Les pregunté si me podían contar cómo se habían sentido en esta seguidilla de acontecimientos. El padre se emocionó y comenzó a llorar y dijo que todo era un desastre, que a su edad le viene a pasar esto. La madre empezó a llorar también (de manera teatral, parecía que buscara llamar la atención, pues cuidaba que su maquillaje no se estropease) y dijo que ella sabía que eran dos bebés, pero nunca pensó que sería tan difícil que las pequeñas estuviesen en el hospital tanto tiempo y viviendo con tanta angustia. Que aún estaba impresionada. Se había imaginado que era simple y fácil porque su madre había tenido tantos niños y en su casa. La pareja se sentía muy bien durante el embarazo y no imaginaron que las cosas podrían complicarse tanto, que tendrían tantos miedos y se sentirían tan desafortunados. Se lamentaban que sus hijas podrían no desarrollarse bien cuando habían nacido en una familia con madre joven, casa, dinero... En suma, tenían todo el bienestar posible.

Una de las bebés emitió algunos sonidos mientras que la madre continuaba quejándose, indiferente ante los sonidos de su hija y el padre seguía sollozando. Mencioné a los padres estos signos de una de las bebitas, cuyo nombre es Cielo y les sugerí que si podían, la cogieran en brazos y le hablaran, ya que ella quería comunicarse a pesar de todas sus limitaciones. La madre la levantó y la bebé hizo una mueca de sonrisa y movió sus piernitas como si estuviera contenta. Le mostré que la pequeña parecía contenta de encontrarla y lo manifestaba con el movimiento de piernas y el aleteo de brazos, con la expresión de su boca y con los ojos mirándola. La madre miró asombrada y me dijo que yo hablaba como si su hija fuera normal, y preguntó si me parecía

normal la bebé. Les comenté a los padres que parecía que el shock de la unidad especial, el tamaño pequeñito y los peligros que iban sufriendo los había paralizado y sentían terror. Tuve una sensación y el pensamiento extraño acerca de que la madre no había tenido una madre como objeto continente y le pregunté qué otras experiencias se habían reactivado en ella junto con el sentimiento de sorpresa y disgusto, y si su madre la había acompañado en el parto. Sin contestar a la pregunta y como en un estado disociativo dijo que ella tenía seis hermanos, entre ellos, dos mellizas ocho meses menores que ella, por lo tanto, su madre siempre se estuvo ocupando de ellas. A menudo, aún en la actualidad, estas hermanas mellizas requieren la atención de la madre. Estas hermanas nacieron sanas. En cambio, sus hijas tuvieron serios problemas de respiración y casi se mueren, hecho que la desesperaba aún más. Por eso no podía ir a visitarlas, por el contrario, su marido estaba siempre en la unidad. Insistí preguntándole sobre su madre, a lo que contestó que siente que no tuvo ni tiene una madre.

Continuamos pensando cuán difícil era vincularse con alguien que puede morir en cualquier momento. Estas trágicas circunstancias de estos bebés tan esperados eran sentidas como una afrenta a sus planes ideales. Me comentó entonces que había pensado que era fácil tener bebés, su madre había tenido tantos sin problemas. En cambio, para ella le era difícil saber cómo quererlas, jugar con ellas, hablarles o cantarles. Agregó que estaba convencida de que su marido sabía todo eso porque, aunque él era hijo único, ya había tenido cuatro hijos previamente de sus otros matrimonios. Pero en ese momento parecía que se había olvidado o que realmente no sabía. Dije que quizás ella creyó que su marido podría ser una buena mamá para ella y sus hijas, y estuvo de acuerdo.

Le comenté que primero necesitaba metabolizar el odio, la rabia y la ansiedad que sentía por lo que había pasado. Inmediatamente respondió que seguro que todo eso había pasado porque el padre había tenido previamente una vasectomía y esa era la razón. Le pregunté si era el veredicto médico y ella contestó que no. Hablamos de su necesidad de culpar a todos fuera de ella para no sentir el dolor de la desilusión e impotencia y el que necesitara pasar por ese período

triste y preocupante, pero que las niñas habían reaccionado bien y seguían tratando de crecer y ser como ella.

El marido dejó de llorar y fue a tomar en brazos a la otra melliza, quien le dio una inmensa sonrisa y el padre la puso de pie sostenida contra del sofá. El silencio en la habitación era abrumador y se lo señalé. Les comenté que era importante recordar y conectar eventos y experiencias dolorosas. Quizás también era importante crear nuevas experiencias. Les pregunté si sabían alguna canción de niños y el padre dijo que no se acordaba. Les propuse que quizás podríamos tratar de jugar: ellos allá con sus pequeñas y yo en mi consultorio con uno de los osos y cantaríamos una canción (inglesa) que tiene que ver con remar. Coloqué el oso frente a mí, tocándonos los pies y los padres y las niñas podían hacer lo mismo y empezamos a cantar suavemente y los cuerpos de las bebés parecían acomodar la postura mientras íbamos y veníamos con el suave vaivén del remar. La canción dice así, “remo, remo, remo en mi bote, suavemente río abajo, y si ves un cocodrilo, no te olvides de gritar.”

A las niñas se les iluminaron sus ojitos y a la madre se le cayó una lágrima silenciosa y emocionada diciendo que no podía creer lo que estaba viendo, y el padre enrojeció y recordó otra canción de cuna. Tenía muy buena voz. Les dije que las niñas habían encontrado a su linda mamá y papá y les pedían disculpas por ser tan complicadas. El padre preguntó si yo consideraba que las niñas eran normales y le comenté que desde que llegó, él pedía mi opinión sobre la normalidad de la situación en la que se encuentran. Mientras hablábamos yo sostenía mi oso entre las piernas. Les comento que cuando planeamos niños los pensamos sanos, hermosos y fuertes y que nos guiarán para criarlos, cuando la realidad se impone diferente, penosa y delicada, nuestro fuero interno se revoluciona ocasionándonos angustia, malestar, impotencia y rabia, y esto no nos permite ver lo positivo que está presente. Estas niñas son dos supervivientes que se sienten sostenidas por las máquinas, pero no con el corazón apenado y preocupado de sus padres. Asimismo, agregué que considerasen la capacidad de tolerancia de estas niñas y sus expectativas de relacionarse con ellos. Estas niñas están decididas a no desarrollarse a menos que encuentren padres que las cuiden, con apoyo emocional realmente comprometido. Y es así, que los médicos y

padres se preocupan cuando los niños no crecen, y entonces buscan ayuda. La ayuda emocional, en este caso, descubre que hay algo muy profundo y que es la conexión con el amor que falta. Y ahora estamos trabajando para abrir esa compuerta para que fluya la sintonía emocional y se desarrolle un apego seguro.

Hubo muchas sesiones en las cuales la madre reconoció su necesidad de crear una madre interna interesada en ella. Le propuse ir a tratamiento individual si no podía resolver sus estados anímicos, los cuales, oscilaban de los planeamientos maníacos a caídas llenas de odio y desesperación. Se preguntaba por qué quería tanto a este hombre tan mayor y cariñoso con sus nietos, y llegamos a la conclusión que ella lo quería monopolizar para ella y tener a la madre que nunca había sentido. Pero que había sido una ilusión. El marido quería la estimulación joven de ella, pero no que toda la responsabilidad de cuidar recayese sobre él.

El marido por su parte también se dio cuenta de sus aspectos maníacos al conquistar a su tercera esposa compitiendo con sus hijos y con unos deseos enormes de tener a su joven esposa mimada. Las pequeñas representaron un reto para enfrentar lo que nunca ninguno de los dos había podido hasta entonces. Las dificultades de madurar del padre, sintiendo que era un eterno adolescente, y de la madre sintiéndose una eterna bebé abandonada; sumadas al mal parto y situación postnatal, reactivaron defensas maníacas en contra de las ansiedades depresivas con todos sus miedos catastróficos, llevando a una desesperación que los paralizaba y dejaba sin palabras. Necesitaban ayuda para poder reconocer sus dificultades inconscientes (Fraiberg, 1980) e integrarlas en sus mundos internos.

A través de Skype yo percibía el deseo de los padres de sentirse felices y no miserables. Esto implicaba crecer y poder madurar como las bebés lo demostraban en su increíble recuperación y empuje para encontrarse a sí mismas en el espejo de la mirada de sus padres. Siempre fueron agradecidos. Años después de haber finalizado completamente, a los quince años de las pequeñas, me enviaron una fotografía de los cuatro por LinkedIn agradeciendo la ayuda prestada. Mostraban orgullo en sus rostros.

Caso dos. Heahm, dieciséis meses

Como resultado del coronavirus recibí una consulta por internet. Unos padres querían ayuda porque su bebé de dieciséis meses tenía movimientos estereotipados y no emitía sonidos. Los padres se preguntaban si eran signos autistas. Les pedí información y, como siempre, que me enviaran por WhatsApp ejemplos de aquello que les preocupaba.

La madre estaba en China y hablaba muy bien el inglés. Lo primero que apareció en la cámara era una habitación muy oscura y una madre sentada en el suelo abrazando a su bebé (de dieciséis meses) que no la miraba ni hacía ruiditos ni balbuceaba. La madre lagrimeaba mientras me decía que su marido trabajaba muchas horas y que casi no le veía y que estaba en la casa de sus suegros (como es costumbre en ese país). La suegra cocinaba, limpiaba, lavaba y planchaba para que ella se ocupara de su bebé. Se lamentaba que el bebé no la quería, ella no sabía qué hacer y pensaba que era retrasado en comparación con otros bebés de su edad. Le pregunté por sus padres y hermanos y si los echaba en falta y sobre el trabajo anterior a su maternidad. Me dijo que solo tenía una hermana que no vivía cerca y que sí, pensándolo bien, echaba en falta su trabajo y sus compañeras. Sentí que estaba ahogada en su maternidad, y encerrada por sus deberes de madre y esposa. Me pidió qué hacer para que el niño la mirara. Le contesté que teníamos que pensar juntas qué es lo que él veía en su cara, quizás no le gustaba ver ¿su tristeza, su soledad, su desilusión? Se irritó conmigo porque no le daba consejos, aunque ya se lo habían explicado con antelación, que yo no los daba y que el espacio juntas era para pensar y sentir lo que pasaba entre ellos dos. Me preguntó aún más enfadada para qué me pagaba, si no le daba lo que necesitaba.

Le pregunté si su marido estaba preocupado por el niño y me contestó que el marido arregla todo con pagar por las consultas conmigo para que yo solucione esta situación. Percibí que se sentía abandonada y desilusionada. Me comentó que, si él se daba cuenta de que yo no hice nada para ayudarla, iba a pensar que ella era una mala madre como se lo había insinuado varias veces. Hablamos del matrimonio. Contestó diciendo que estaban bien mientras los dos trabajaban

y que en ese momento, no estaban bien, ni se hablaban, ni tenían relaciones sexuales y que sentía mucha ansiedad al hablarlo. Me dijo que no estaba interesada en continuar la sesión, que yo la enfadaba. Acepté su enfado y le pregunté si estaba enfadada con su marido porque trabajaba tantas horas y habían perdido el compañerismo anterior a la maternidad. Me contestó que sí y que el trabajo de ella había sido siempre fuente de felicidad y orgullo. Era una investigadora científica a la que siempre le fue bien, la niña prodigio, la niña de los ojos de sus padres, pero en ese momento, aunque le encantaba su hijo, ella se sentía triste y deprimida haciendo un mal trabajo. En realidad, a veces se le cruzaron pensamientos muy negros en los cuales el hijo era un estúpido por su culpa y una carga para ella. Dijimos que el enfado parecía vinculado a un cambio profundo en su estilo de vida y lo sola que se sentía al ser la única cuidadora de su hijo. Le pregunté si podíamos tener una entrevista con el marido también un día que él no trabajase y así lo hicimos en la siguiente sesión. La madre le había explicado al padre lo que yo le dije y él accedió al encuentro, en el cual, se quejó amargamente de cómo ella había cambiado y se había convertido en una persona triste y callada. Hablamos de que él no había cambiado al ser padre y todo el peso del cuidado físico y emocional recaía en ella y esto la abrumaba y entristecía. Hablamos de la importante función del padre, aunque la cultura es diferente a la occidental y los roles son muy claros, es difícil balancear lo bueno de su cultura y lo que se puede aprender de otras. Al padre le resultaba difícil negar sus antepasados. Pensé que era su resistencia a vivir su momento actual como importante y nuevo. Hablaba como un Xia (guerreros chinos), del deber, del honor, pero no de lo que su hijo necesitaba y le dije que detrás del deber y del honor había en él un niño pequeño que siempre quiso ser visto por sus padres como individuo pero que nunca lo había conseguido. ¿Cómo podría desarrollar en él un nuevo aspecto de sí mismo? Ahora, su hijo le reactivaba sus dificultades, pero se abría también la posibilidad de desarrollar un *sí mismo* maduro. Acompañar en el trabajo de cuidar un niño implica conocerlo y conocerse. Implica reconocer a su mujer en su rol y a mí (psicoterapeuta) en el mío, implica ayudar a pensar qué está detrás de la tristeza y cómo proseguir.

Los padres empezaron a mirarse y a tocar sus manos y las del bebé, a comparar con las suyas las de su niño. Surgió entonces reconocimiento y alegría. Continuamos todas las sesiones los domingos, juntos los tres en el suelo. Yo desde mi despacho observando al niño, y al niño con los padres, los cuales estaban tratando de buscar y elaborar sus experiencias negativas transferenciales. Y yo seguía atendiendo lo que me transmitían en la contratransferencia. De esa manera el padre y la madre también aprendieron a observar al bebé y sus reacciones, positivas y negativas.

El aspecto más difícil de este trabajo fue entender el sentido de sus silencios que culturalmente es una señal de respeto, y el desarrollo del diálogo, la discusión positiva y la reflexión. Mi interés era que pudieran asociar libremente y no estar controlando lo que decían, si era bueno o no para ser dicho. Lentamente me permitieron entrar en sus espacios personales, en sus mundos internos. Yo no era de China y no entendía ni seguía sus convenciones. Aprendieron a estar más relajados con las normas de control de callar en vez de hablar, y aprendieron a explicitar sentimientos, reconocerlos y discutirlos. Fue muy interesante el proceso de descubrirme a mí como persona, descubrir a su niño y a ellos mismos. Yo hacía de elemento catártico allí donde podían experimentar el enfado y luego seguíamos adelante sin ningún problema. Por el contrario, se sentían más aliviados. La madre salió del estado aparentemente depresivo para compartir la crianza de su niño y poder pensar de nuevo en la vida sexual y emocional de la pareja. Y también sintió que la vida académica la estaba esperando cuando ella se decidiera a volver. El niño floreció en el habla y en el desarrollo físico, motor y verbal. Los padres se empezaron a quejar de que el niño se metía por todas partes, que empezó a ser curioso y a explorar, desordenaba todos los papeles o cosas, juguetes, cacerolas etc., estaba progresando. Dialogando se dieron cuenta de que era un aspecto normal y apropiado a la edad, ya no estaba retrasado con respecto a los otros niños.

Hablamos de juegos adecuados a su edad y concluimos que sería útil un juego semejante al escondite, para poder elaborar el ir y venir de sus padres que habían comenzado a trabajar. Otros juegos incluían pretender tomar el té, elegir un muñeco u oso de felpa, algo suave que lo pudiera

acompañar durante el día y, sobre todo, durante la noche, una pelota inflable que pudiera ir de uno al otro y elaborar la anticipación a través de la pelota contando antes de enviarla para ayudarlo al habla. Lo mismo con el canto lento de canciones y vocalizando de tal manera que si el niño sabía alguna palabra de la canción, los pudiera acompañar o decirla. Al padre le resultaba muy difícil cantar y hacer actividades que según él eran de mujeres occidentales, pero la madre quería darle la mejor oportunidad al niño para contrarrestar los dieciséis meses de su depresión que el niño había sufrido. El niño ahora era capaz de mirar a los ojos de sus padres y empezó a aprender a hablar de cómo se sentía, alegre, triste, enfadado o con miedo porque eran las cuatro emociones que dibujaban los padres en papeles o globos y las explicaban. También los tres se entretenían con libros que los padres le leían y con nuevas canciones que poco a poco los padres aprendieron. Hicimos veinte sesiones a un ritmo de una sesión por semana.

Discusión

Entre estos dos casos, entre los cuales hubo dieciséis años de avances en la comunicación digital, desde 2004 a 2020, no hubo diferencias en la cualidad de la ayuda psicoterapéutica. En ambos, una madre o pareja de padres piden ayuda porque se sienten estancados e infelices, con grandes ansiedades de dañar a sus bebés, ya que muestran serios síntomas como: fallas severas del desarrollo y, en el caso de las mellizas, conductas estereotipadas que mostraban falta de apego y privación emocional severa, todo ello altamente peligroso para el crecimiento físico y emocional.

Inicié mi trabajo online en el caso de las mellizas con muchas críticas por parte de mis colegas a pesar de que ya había trabajado telefónicamente como psicoterapeuta psicoanalítica. Los padres necesitaban explorar sus mundos internos, no habían podido madurar para asumir la responsabilidad de dos bebés prematuras y con muchas dificultades físicas. El padre lo vivía como un castigo por su reto a la vida: una tercera esposa que eligió cuarenta años menor que él, como si él fuera más joven que sus hijos y, por tanto, podía revertir la vasectomía para tener más niños. El

nacimiento de las mellizas con problemas lo vivía como una afrenta narcisista que no podía soportar cayendo en un letargo depresivo acompañando las niñas pero sin contactarlas, sin comunicarse, sin cumplir funciones paternas (de cuidado primario), sin ideas, sin una mente continente. Sin embargo, buscó tratamiento psicoanalítico. El psicoanalista sugirió más recursos psicoanalíticos para la familia, integrar lo antes posible los bebés al mundo de los humanos mientras el trabajo individual continuaba. Era imperioso encontrar medios que las estimularan en su lucha por sobrevivir, encontrando padres activos e interesados que las pudieran aceptar con sus problemas y ganas de vivir.

La madre de Cielo y Estrella, aparecía totalmente ausente, no había soportado estar presente en la unidad de cuidados intensivos, le disgustaba que fueran tan pequeñas, feas y que no parecieran humanas. Pensó que el padre podía hacerse cargo de las bebés, porque él sí que sabía de niños. Pensaba que él, por su experiencia sabía cómo darle a ella todos sus gustos como si fuera una niña malcriada llena de caprichos. El problema ahora era que él no podía arreglar rápido a las niñas por más que las acompañara en la Unidad de Prematuros. Comentó que se daba cuenta en ese momento que el hombre con quien se había casado y que era su fortaleza, se estaba derrumbando, lloraba y se quedaba aletargado, no funcionaba ni sexual ni coherentemente. Disociada y como ausente, aparecía en las sesiones llorando de rabia porque él se desmoronó, porque en el parto todo fue diferente, doloroso y con peligro a morir, y encima las bebés eran prematuras y muy delicadas, ya que no podían respirar bien, con sospecha de problema cromosómico. Se quejaba de que todo estaba mal con odio y rabia, se negaba a hablar y reflexionar en la sesión conmigo, se negaba a crecer. A pesar de ese comienzo, con mi deseo de ayudarlos y con las herramientas psicoanalíticas se pudo contener y transformar la percepción de su realidad. Tuve que plantearles la necesidad de ver lo negativo y lo positivo de la situación con sus hijas: o miraban todo lo que no eran, o aprendían a valorar sus virtudes y capacidades individuales, transformando así la experiencia de toda la familia en positiva, enriquecedora y divertida. Hablamos de la paradoja del vaso medio lleno o medio vacío.

Y el lento camino de la contención emocional comenzó, dificultado por la transferencia de una mala madre abandonada en donde ella como bebé, se sintió desalojada de su regazo y de los pechos cálidos que la amamantaban y que nunca pudo recuperar. Este pequeño insight en la madre produjo un cambio extraordinario. Consideré que yo la podía ayudar, aunque las sesiones fueran solo una vez por semana. Se creó una alianza terapéutica con una transferencia positiva y fuerte casi idealizada en la cual quería que yo fuera su terapeuta sin el marido y las hijas. Sentí que me quería para ella sola. Le comenté el paralelismo con su deseo de bebé de mantener a su propia madre durante más tiempo amamantándola y el no aceptar a sus hermanas mellizas recién nacidas. Aclaré que, aunque obedezca a un deseo infantil de su pasado, continuaría siendo la terapeuta de las bebés y de ellos como padres. Su necesidad de atención individual podría resolverse consultando a un psicoanalista para ella sola. Insistí que allí estábamos para ayudar a la familia a conocerse, conectarse, comunicarse y lograr amarse y ser felices.

Contratransferencialmente tenía que ejercer una continua vigilancia de no ser absorbida por la narrativa o conducta de la madre. Mis intervenciones clarificaban esta situación y volvía a las bebés que quedaban olvidadas, como ella se había sentido cuando su madre, embarazada inmediatamente después de su nacimiento se ocupó de sus hermanas mellizas. Repetía con sus hijas lo que le había sucedido a ella. El continuo integrar a las bebés en el momento, era para que ella entendiera que eso era lo que hubiera querido que su madre hubiera hecho con ella. Constantemente reprochaba lo que perdía en vez de lo que ganaba, pero a través de la pantalla pudimos ir identificando gestos y comportamientos de las bebés: sus pequeños murmullos, balbuceos, expresiones y esfuerzos en demostrar que estaban presentes y que querían contacto, comunicación y ser diferenciadas, por sus nombres, sus gustos y sus necesidades.

Las resistencias y defensas aparecían reiteradamente en el trabajo y se podían hablar a pesar de los fuertes sentimientos negativos que las sostenían. Hablar de los resentimientos y traumas del pasado, de los cuatro miembros de la familia y hablar de las terroríficas emociones estancadas y a veces sin palabras, del deseo y las limitaciones, ayudaba a crear nuevos vínculos y

nuevas representaciones benéficas que facilitaban la obtención de una unidad familiar donde se podían sentir seguros y queridos. Y a través del VoIP se pudo lograr.

En el caso dos, Heahm, el motivo de consulta era la preocupación de la madre por el retraso en la adquisición de capacidades de su hijo, pero lo que se impuso fue la depresión de la madre. Necesitaba ser comprendida por su aislamiento y depresión. Necesitaba entender lo que la empujó a esa situación y ser capaz de conectarse con su bebé. Ella me había buscado personalmente por internet. Insistió en adaptarse a lo que yo necesitaba para sacarla de ese pozo ya que su conflicto humano y cultural la abrumaba. Como esposa, no podía pedirle al marido compañía si le daba dinero, y me puso en la disyuntiva de darles ideas que vendrían de otro país y cultura.

La reacción del padre, quien apareció en la segunda sesión, era indicativa que el tratamiento estaba bien sintonizado y produciendo cambios fundamentales en la madre, ya que consiguió traer o hacer venir al padre. Pienso que el padre se incorporó en la segunda sesión porque sintió curiosidad hacia la persona que estaba cambiando su situación familiar tan rápido. La madre empezó a crear un espacio interno que permitía reconocer a su propio padre edípico y de esta manera podía hacer un lugar en la relación de pareja para que el padre se relacionase con su hijo (Ogden, 1987).

A partir de la segunda sesión se incorporó porque sintió que ocurrió una transformación interna positiva en la madre.

El padre transfería a la terapeuta un Superego rígido y crítico, él no podía identificarse con el proceso íntimo de ser padre y acompañar a la madre. Desarrollar empatía lo ve como un enemigo de su cultura, y le da miedo y rabia. Aparece, sin embargo, curioso. Quiere enterarse de que es lo que cambió a su mujer repentinamente deprimida, llorona y miedosa a estar normal de nuevo. Ambivalente, todavía resistiéndose al cambio, quiere aprender a hablar diferente. Con miedo y a tientas nos adentramos en el tema de lo que significaba un cambio.

Su preocupación previa a mi primer encuentro con su mujer era cómo su mujer había cambiado de la mujer científica que conoció y quiso, a la madre que ahora aparece. Pudimos

empezar a analizar lo que él proyectaba en la experiencia de madre y padre y sus idealizaciones y sus miedos. El trabajo virtual les permitió darse cuenta de que es una modalidad diferente donde no hay jueces, sino un espacio para rebelarse o enfadarse, pero en el que sobre todo descubrir nuevas formas de pensar y reflexionar. Es en la pantalla donde fue posible crear un espacio diferente, donde se trabajó como si se estuviera en el consultorio, donde se sienten las reacciones tan vívidamente como en la realidad presente. Como mantiene Bayles, la comunicación por videoconferencia permite captar aspectos sutiles que, a través de nuestro sentido propioceptivo, nos informan inconscientemente de factores muy interesantes a preguntar. Oromí (2014) enfatiza los nuevos aspectos revelados en él.

Cómo lo evaluamos, depende de cada terapeuta. He creado una escala de observación de las conductas que se observan en el bebé y en la madre en la primera sesión y las reacciones del terapeuta. Al final del tratamiento se observa y completa la escala de observación nuevamente y se compara. En los dos casos presentados aquí, se mejoraron los comportamientos defensivos del bebé y de los padres, logrando el apego seguro. La experiencia contratransferencial indicaba el camino a seguir para resolver los obstáculos en la conexión y comunicación entre los principales actores del problema y se fueron resolviendo. Los pensamientos espontáneos contratransferenciales (Racker, 1988) aparecen unidos a la experiencia de ese momento y guiando la exploración de los temas a resolver. El hecho que fuera virtual pienso que, a veces es una ventaja más, porque el paciente siente la lejanía como muy especial, al obedecer a un deseo mágico de atraer a su terapeuta a su casa y que sin embargo no está físicamente allí sino a través de una pantalla que con un clic de la computadora lo puede terminar y empezar. Creo que esto genera en el paciente la ilusión que son sus objetos internos que se pueden relacionar mejor y parecería que tienen más libertad en recordar sueños y comunicarse más libremente. Aunque existen estos aspectos positivos, no lo reemplazaría jamás por una entrevista presencial en la cual tenemos otros elementos a los que estamos acostumbrados. En lo presencial, está la corporeidad, el tamaño de la gente, el olor, el conjunto del consultorio y la libertad de moverse más y mostrar

de muchas otras maneras lo que está pasando, pero en el encuentro virtual está la esencia destilada en una expresión verbal, facial o corporal. Son herramientas diferentes, no comparables.

Conclusión

En resumen, me parece que el método virtual a través de VoIP (Skype, Zoom, FaceTime u otros) pueden usarse satisfactoriamente y mejor que el teléfono para ayudar a bebés en dificultades y a sus padres. A través de la pantalla se puede ver, sentir la atmósfera familiar, observar los datos de la corporeidad de los padres y del niño, puesto que transmiten información implícita. Asimismo los padres también pueden ver la respuesta corporal del psicoterapeuta que acompaña a la interpretación.

Con respecto a la crítica de la deformación que ocurre a través del VoIP y a los problemas de internet debido a la transmisión más lenta de palabras y movimientos puede ser contrarrestada con los elementos positivos que puede aportar lo que se puede ver y apreciar del paciente y lo que le aportamos al paciente con nuestra comunicación corporal (Scharff, 2012; Shore, 2006). Lo que se puede discutir es, si el teléfono, con la falta total de corporeidad, es mejor. Y es aquí donde hay que encontrar un compromiso y hablarlo, porque en el trabajo con niños y bebés puede ser frustrante que, a través de la videoconferencia, la voz aparezca cortándose todo el tiempo en algunas sesiones y que se tenga que cambiar de sistema operacional o combinarlo por el teléfono. Es conversando sobre las limitaciones, que se puede trabajar con las ventajas y la versatilidad que a veces se requiere para construir un puente productivo con el paciente. Tener la corporeidad de los pacientes (padre, madre, bebé y hermano), es muy útil porque captamos la comunicación intercorporal que está basada en la comunicación intracorporal de cada uno con la capacidad multimodal personal y única que existe desde el neonato hasta el adulto. Es fundamental, para la comunicación empática entre las personas, tal como sostiene Gallagher. Uno puede comprender como la corporeidad transmite pensamientos espontáneos que aparecen en la contratransferencia y guían hacia aspectos inconscientes traumáticos que afectan los síntomas que traen los pacientes.

Referencias Bibliográficas

Acquarone, S.M. (2004), *Infant Parent Psychotherapy*, London, New York, Karnac Books. L.

Bayles, M. (2012), "Is physical proximity essential to the psychoanalytic process? An exploration through the lens of Skype", *Psychoanalytic Dialogues*, London, Routledge, vol. 22, núm 5, pp.569-585,

Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., and Sorter, D. (2003), "Introduction: A system view" *Psychoanalytic Dialogues*, vol. 13, London, Routledge,, pp.743-775.

Bion, W.R. (1965), *Transformations*, London, Tavistock Publications.

Fraiberg, S. (1980), *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*. London, Tavistock Publications.

Freud, S. (1912), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, vol.XII, London,, pp.120.

Leffert, M. (2003), "Analysis and psychotherapy by telephone: Twenty years of clinical experience", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, núm. 51, pp.101-130.

Lindon, J.A. (2000), "Psychoanalysis by telephone", en *The use of the telephone in psychotherapy*, Northvale, pp. 3-13.

Lipton, S.D. (1988), "Further observations on the advantages of Freud's technique", *The Annual of Psychoanalysis*, núm. 16, pp.19-32.

Miller, W. (1973), "The telephone in outpatient psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy*, núm. 6, pp.353-368.

Ogden T.H. (1987), "The transitional oedipal relationship in female development", *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 68, pp. 485-98.

Oromí, I. (2014), “A new window into the Analytic experience: Remote psychoanalysis reveals unexpected aspects of mental functioning” trad. “Una nueva perspectiva en la experiencia psicoanalítica: el psicoanálisis no presencial (online o remoto)”, *temasdepsicoanalysis.org*, núm 14.

Racker, H. (1968), *Transference and Countertransference*, The International Psycho-Analytical Library, vol 73, London, The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, pp.1-193.

Robertiello, R.C. (1972), “Telephone sessions”, *Psychoanalytic Review*, núm. 59, pp.633-634.

Saul, L.J. (1951), “A note on the telephone as a technical aid”, *Psychoanalytic Quarterly*, núm. 20, pp.287-290.

Schore, A.N. (2005), “Back to basics”, *Pediatrics in Review*, vol. 26, núm 6, pp. 204-217.

Schore, A.N. (2006), Neurobiology & attachment theory in psychotherapy: Psychotherapy for the 21st century, The annual PsyBC Conference, CD 2011.

Siegel, D.J. (1999), *The developing mind*, New York, Norton.

Sehon, C. (2013), *Teleanalysis and Teletherapy for children and adolescents*, Psychoanalysis Online 2 Impact of Technology on Development, London, New York, Karnak, chapter 17, pp.209-232.

Spitz R. (1947), Film “Grief, a peril in Infancy” trad. “Duelo, un peligro en la infancia”, YouTube.

Resumen

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las ventajas y desventajas que ofrece un medio de conexión y comunicación con pacientes, por teléfono o virtuales. Comenzaré expresando una esperanza que formuló S. Freud acerca de incrementar “la experiencia de psicoanálisis” y comentaré tratamientos de padres con niños pequeños a través de VoIP. El espacio virtual junta el concepto del consultorio con nuestros mecanismos mentales y la realidad inmediata del paciente

en frente de nosotros, produciendo una herramienta psicoanalítica extremadamente útil. El espacio de la teleterapia es donde los pacientes pueden permitirse un espacio ficticio que se convierte en real. Espero que mi trabajo nos estimule a preguntarnos si la videoconferencia es un medio más adecuado que el teléfono y si esta puede ayudar a promover vínculos o no.

Palabras claves: Tele-terapia, tele-análisis. Psicoterapia psicoanalítica parento-Infantil, Técnica Psicoanalítica, herramientas psicoanalíticas, VoIP, espacio virtual, corporeidad.

Abstract

The objective of this article is to reflect over the advantages and disadvantages that are offered through a way of connecting and communicating with patients over telephone or VoIP medium. I will start expressing Freud's hope of increasing the "experience of psychoanalysis" and I will comment treatments of small children with their parents with VoIP(video over Internet Protocol) The virtual space fuses the concept of the consulting room together with our mental mechanisms and the immediate reality of the patient in front of us, producing an extremely useful psychoanalytic tool, where the space of the tele-therapy is where the patients can allow themselves a fictitious space that becomes real. Nevertheless, as Tele-therapy is a departure from the known methods, dynamics and rationales of standard psychoanalytic psychotherapy, we ask ourselves if it is better than telephone. I will argue that if this is the only way, this method can help to promote attachment or not.

Keywords: tele-therapy, tele-analysis, parento-child psychoanalytic psychotherapy, psychoanalytic technique, psychoanalytic tools, VoIP, virtual space, corporeity.

Stella Acquarone.

Doctora en Psicología.

Miembro de la Asociación Británica de Psicología.

Miembro de la Asociación de Psicoterapeutas Psicoanalíticos de niños y adolescentes.

Consejo Británico de Psicoanálisis y Consejo del Reino Unido para Psicoterapia,

Asociación Nacional para el avance del Psicoanálisis (USA) y la Asociación Mundial de la Salud Mental Infantil entre otras.