

De estar “toda Teletubbie” a ser Verónica: utilidad de las sesiones de observación (sesiones diagnósticas) para trazar el proceso evolutivo de un sufrimiento mental

Martha Isabel Jordán Quintero¹
Estefanía García Paredes²
Juanita Alarcón Gómez²
Patricia Arboleda Zamudio²
Zenaida Conde González²
José Fernando Cepeda³
Liliana Betancourt⁴
Andrea Machuca⁵

Resumen

Introducción: En este estudio se usa un modelo evolutivo de los trastornos y del desarrollo del psiquismo que permite tener una visión global del paciente, en el cual concurre no sólo lo que podría aportar la genética, sino todas las distorsiones producto de las experiencias con el ambiente. Las teorías sobre el desarrollo psíquico han mostrado que el nacimiento, la construcción y la organización del psiquismo de un individuo deben comprenderse como una progresión evolutiva. *Objetivo:* Mostrar a través de una sesión de observación cómo se comprende la organización psíquica de una paciente y el origen y posterior evolución de sus trastornos. *Método:* Observación de un caso particular de interacción de una paciente con su madre, su abuela y un equipo de trabajo y, luego, este último reflexionó sobre diversas hipótesis, que surgieron de la comprensión de las relaciones entre la psicopatología de la paciente y las teorías del desarrollo psíquico. *Resultados:* En el caso ilustrado se descartó

-
- ¹ Médica psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes. Coordinadora del Programa de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Psicoanalista en formación, Instituto Colombiano de Psicoanálisis, Bogotá, Colombia.
 - ² Médica psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes en formación en el Programa de Subespecialización en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
 - ³ Médico residente de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
 - ⁴ Médica psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes. Jefe de la Unidad de Salud Mental, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia, y psiquiatra de niños y adolescentes, Clínica La Inmaculada, Bogotá, Colombia.
 - ⁵ Psicóloga. Neuropsicología, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia.

el diagnóstico de autismo con el cual venía remitida la paciente, pues los síntomas de esta paciente podrían verse desde la perspectiva de las primeras relaciones interpersonales. Las teorías actuales sobre el desarrollo psíquico permiten comprender que no se trata de algo "que le dio", sino que se fue gestando desde muy temprano en la vida emocional de este ser. *Conclusión:* En esta sesión de observación se ve cómo estas citas, que inicialmente fueron establecidas para diagnosticar, conducen a una profunda comprensión del paciente, que al ser compartida con sus padres, tiene también un efecto terapéutico y se constituyen así en "consultas terapéuticas", como las propuestas por D. W. Winnicott.

Palabras clave: observación, desarrollo infantil, errores diagnósticos, niño.

Title: From Being "Completely Teletubbie" to Being Veronica: Usefulness of Observation Sessions (Diagnostic Sessions) in Tracing the Evolutionary Process of a Mental Suffering

Abstract

Introduction: In this study an evolutionary model of the disorders and the development of psychism is used, that allows achieving an overall vision of the patient and which combines not only what could contribute to genetics, but all the distortions resulting from experiences with the environment. The theories about psychic development have shown that the birth, building and organization of the psychism of an individual must be understood as an evolutionary progression. *Objective:* To show, by means of an observation session, how the psychic

organization of a female patient and the subsequent evolution of her disorders may be understood. *Method:* Observing an individual case of interaction between a female patient and her mother, grandmother and a work team. Subsequently this team discussed different hypothesis that emerged from the understanding of the relationships between the patient's psicopathology and the psychic development theories. *Results:* In this case the diagnosis of autism, with which the patient was remitted, was ruled out because the symptoms of this patient could be seen from the perspective of first interpersonal relationships. Current theories on psychic development allow understanding that it is not "just something that she got", but that it started developing very early in the emotional life of this being. *Conclusion:* In this observation session it is apparent how these visits, which initially were established to reach a diagnosis, lead to a deep understanding of the patient that, when shared with her parents, have a therapeutic effect and become "therapeutic consultations" as those proposed by D.W. Winnicott.

Key words: Observation, child development, diagnostic errors, child.

Introducción

Nuestra experiencia nos ha mostrado que al considerar al niño un individuo con una organización psíquica en desarrollo, se tiene siempre presente una dimensión evolutiva. Pasar por alto lo anterior conduce al riesgo de excluir las diversas influencias evolutivas, por mantener sólo una visión transversal en el ejer-

⁶ Para profundizar en la comprensión que subyace a nuestra forma de diagnosticar y la noción de evolutividad, referimos al artículo acerca de los aportes de la psiquiatría francesa a la psiquiatría infantil en Colombia, de los doctores Barón y Rojas-Urrego, en este mismo Suplemento.

cicio diagnóstico. En un intento por llegar a una visión amplia desde esta perspectiva⁶, como grupo interdisciplinario del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (IOIR), y a partir de las experiencias de varios años, hemos ido aplicando y ajustando la metodología de lo que se conoce como *sesiones de observación*, utilizada en otros ámbitos científicos.

A partir de una experiencia relacional con el paciente, el grupo interdisciplinario hace una lectura del funcionamiento y la organización psíquica de éste, mientras a su vez es partícipe. Con el presente artículo intentamos transmitir nuestra experiencia al respecto. Para esto, exponemos cómo hemos ido adaptando a nuestra labor el método de las sesiones de observación. Posteriormente, nos referimos al caso particular de una paciente de cinco años de edad remitida a nuestro equipo por una duda diagnóstica, con la descripción de la sesión de observación correspondiente, seguida de la discusión que se dio en el equipo interdisciplinario. Terminamos con la reflexión final a la que nos llevó el caso mencionado, a fin de mostrar la forma en que habitualmente intentamos aprehender a los pacientes y ofrecerles un abordaje humanizador.

Nuestra historia en sesiones de observación

En nuestra sociedad actual, en la que se privilegia la velocidad, se emiten

conceptos rápidamente. La práctica médica puede incurrir en errores diagnósticos y de abordaje en detrimento incluso del mismo paciente. Dos fuentes fundamentales de error son: priorizar la sintomatología y equiparar diagnóstico con clasificación. En nuestra experiencia, frecuentemente, nos encontramos en la difícil tarea de recibir y acoger pacientes “etiquetados” con un diagnóstico, que no abarca más que un aspecto de su problemática o que equipara la problemática a la totalidad de su ser; que no considera su funcionamiento enmarcado en una estructura y un entorno, y por lo tanto se aleja de la vivencia de su ser.

Desde esta visión estrecha se pierde la complejidad del paciente y se afecta directamente su abordaje terapéutico. Una mirada más global e integradora debería incluir también los aspectos sanos de la personalidad, puesto que es con estas áreas de sanidad con las que se establecen las alianzas terapéuticas que posibilitan un cambio. Adicionalmente y específicamente en los niños, el diagnóstico tiene implicaciones pronósticas, y una etiqueta inexacta y parcial podría condenar a un individuo hacia una evolución tórpida.

Lo anterior va de la mano con la desesperanza de los padres, no sólo por lo que les han dicho de sus hijos, sino porque la propuesta terapéutica los excluye del proceso de

mejoría y les impide la oportunidad de ser agentes en la restauración del dolor de padres al enfrentarse a lo que consideran un "fracaso". El oficio de la psiquiatría de niños y adolescentes hace necesario que quién lo ejerce se conecte con sus propias experiencias y *se contacte* con sus afectos, para actuar como un individuo total, en interacción con el sujeto total al que atiende.

Presentación del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt

Las sesiones de observación (como técnica) se han usado a través de la historia por investigadores, terapeutas y filósofos de la mente para diversos propósitos: clínicos, diagnósticos, experimentales, etc. Las sesiones de observación en el IOIR, tal y como se llevan a cabo en la actualidad, son el resultado de la búsqueda de una técnica que permita un mayor acercamiento a la complejidad del individuo en desarrollo, con el fin de proponer un tratamiento que se ajuste en lo posible a las necesidades individuales.

Las experiencias relacionales que estas sesiones han permitido con los pacientes nos han brindado un tipo de comprensión a la que no podríamos acceder si nos centráramos exclusivamente en una lectura sintomática. De hecho, a través de lo que vivimos con el paciente en un tiempo ofrecido para el juego, él mismo nos muestra en qué tipo de categoría diagnóstica se viene mo-

viendo y cómo podemos ayudarlo. Los niños evaluados suelen ser remitidos por alguno de los servicios de salud mental (neuropsicología, psicología o psiquiatría) de pediatría o de neuropsiquiatría. Muchas veces se trata de pacientes llevados por sus padres, después de haber recurrido previamente a otros tipos de intervenciones, sin que hayan obtenido resultados o respuestas a sus preguntas y que sienten la necesidad de explorar y comprender a fondo el sufrimiento de su hijo.

Para ello, las sesiones están organizadas de tal forma que podamos describir lo que se ve y lo que se escucha durante ellas, aunque, sobre todo, lo que sentimos como evaluadores, en cuanto nos disponemos a experimentar la relación con el niño. Se llaman *de observación*, pero en realidad trascienden este sentido: "observamos" con los ojos, los oídos, el olfato, el tacto y también con el sentir, con la vivencia de cada uno. Pretendemos dar cabida a una comunicación que envuelva no solamente lo aparente de la persona, sino que tienda puentes entre su organización psíquica, interactuando con su mundo externo, con nosotros, en ese espacio físico-psíquico de la sesión.

Desde el punto de vista operativo, disponemos de un tiempo de dos horas y media semanales en el que se reúne el equipo interdisciplinario —compuesto por los profesionales

de psiquiatría infantil, neuropsicología, psicología, terapia ocupacional y fonoaudiología—. Cada una de las disciplinas tiene una visión particular que articula con la visión de las otras áreas en el ejercicio de comprender lo que nos muestra el paciente.

La sesión se lleva a cabo en tres tiempos. En el primero se hace una observación del paciente en compañía de la madre o, en general, de la persona que pasa la mayor parte del tiempo con él, y se les pide que intenten jugar durante unos minutos en la forma habitual. En un segundo momento, el niño juega con alguno de los observadores, bien sea en compañía de su familiar o sin él, si el paciente lo permite.

Durante estos dos diferentes momentos, la observación se realiza a través de tres canales: el visual, el verbal —que ahora llamamos lenguaje, porque incluye el lenguaje paraverbal— y el motor. Existe un último canal que hemos adicionado, al que hemos denominado *juego*. Este surgió de nuestra necesidad de observar también la conjunción del niño con *el otro*, al relacionarse con su familia y con nosotros.

En esta parte de la sesión, que se lleva a cabo en presencia del niño y sus acompañantes, un observador elige atender preferencialmente uno de los canales de información y se encarga de describir lo que va sucediendo en la sesión desde la

perspectiva que eligió. Partimos de una descripción del curso de la sesión que pretende ser objetiva aunque se termina introduciendo siempre lo vivencial.

Luego, el paciente y su(s) acompañante(s) egresa(n) del salón de observación, donde queda el equipo a solas para la discusión de lo observado. En este tercer momento de la sesión damos paso a la discusión colectiva, que nos permite compartir y articular cada una de estas vivencias, a fin de llegar a un diagnóstico lo más cercano posible a la realidad del individuo.

Después las conclusiones se plasman en un informe que se entrega en una cita posterior a los padres del niño, en la que uno de los observadores se reúne con ellos —por lo general del área de psiquiatría infantil o en algunos casos de neuropsicología o psicología— y dedica todo el tiempo necesario para explicarles las reflexiones que se dieron, las correspondientes recomendaciones y atender sus inquietudes.

Presentación del caso

En un primer momento exponemos la forma como cursó esta sesión de observación en particular. Intentamos hacer partícipe al lector de los diferentes movimientos que se fueron dando en el curso de ella. Es importante aclarar que para este momento solamente los miembros del equipo que la habían recibido

para la consulta de primera vez conocían la historia clínica de la paciente, lo que hace parte de esta técnica tal y como la hemos construido a través de nuestra experiencia. Por esta razón, sólo nos remitiremos a la historia clínica una vez hayamos mostrado lo que sucedió durante la sesión.

Para fines de hacer vivir al lector la experiencia de la manera cómo se fue armando la lectura de la paciente, el siguiente escrito va a presentarse con la descripción de la sesión construida a partir de los recuerdos de cada uno de nosotros. En un segundo momento, intentamos reproducir la discusión que se dio dentro del equipo, haciendo los comentarios que muestran la teoría materializándose en este caso en particular.

Se trata de una paciente, a quién llamaremos Verónica, de cinco años y diez meses de edad para la fecha de la sesión. Sabemos que había sido remitida del servicio de Psiquiatría Infantil para descartar una patología global del desarrollo, como únicos datos hasta ese momento.

Ingresaron al salón Verónica, su madre y su abuelita. Nos llamó la atención una madre dispuesta a jugar, quién se instaló junto con la niña en el suelo, al lado de los juguetes. Cerca de ellas quedó sentado José, uno de los participantes. La abuela, por su parte, eligió una silla que guardaba cierta distancia del lugar de juego, en una actitud

observadora. Al ingresar al salón, la paciente tuvo un rostro exagerado de asombro y exclamó "¡Oh! ¡Mía!". Hizo un recorrido inicial con la mirada a los objetos y a los integrantes del equipo, sin detenerse en nada ni en nadie en particular. De repente encontró el espejo, el cual parece ser en un primer momento el protagonista de la sesión, y al que regresó repetidamente durante buena parte de ella. Tomó diferentes objetos, siempre pendiente de su imagen reflejada en el espejo, haciendo muecas y no centrándose ni en los objetos, ni en el reflejo de éstos en el espejo.

Así, repetía constantemente "mía" y "oye" (mira y oye), dirigiéndose a José, mientras la madre intentaba proponerle diferentes actividades. En los momentos en que se dirigía verbalmente a la madre, siempre lo hacía mirando en el espejo no el reflejo de la madre, sino el propio. Al respecto, la mamá dijo "ese espejo es ella, ella y nada más. No me mira a mí. Eso es lo que más le gusta a ella: buscar el espejo y hablar con ella misma, si ve su sombra se queda jugando con ella".

La madre le preguntó en varias ocasiones los colores, las figuras y los números de los juguetes, pero no obtuvo por respuesta más que "¡Ohh! Mía". Luego José le preguntó "¿Qué más hay?", y ella respondió "éte", señalando la caneca de juguetes. Al preguntarle si se refería a éste, respondió: "sí, cao" (sí, claro). José cogió la caneca y regó los

juguetes en el suelo. La paciente hace una cara de mayor asombro y la abuela aclara diciendo: “así es que le gusta a ella”. La abuela, entretanto sentada en la distancia, con frecuencia se inclinaba hacia delante como para intervenir, pero se retractaba y no interrumpía, respetando el momento de la madre con su hija. Comentaba en voz baja, a veces para ella o para una de las personas del equipo, qué es lo que le gusta a la niña y cómo lo prefiere.

Después se le solicitó a la madre que saliera del salón y que se quedara la abuela. Para este momento el equipo espontáneamente entendió que iba a ser José quien jugara con ella. La abuela asumió una posición de acompañamiento en la distancia. La interacción entre Verónica y José se vio nuevamente mediada por el espejo. José intentó ver qué pasaba si ella no lograba el acceso a su reflejo y se sentó entre el espejo y ella.

La niña alcanzaba a fijar la mirada en José por momentos, pero seguía buscando el espejo, haciendo muecas, en una postura que llamamos “tomando notas” (sentada en una silla con los pies cruzados como adulta, espalda recta, manos apoyadas en las piernas). Entonces José cambió de posición y se hizo en un lugar donde la niña tenía que elegir entre mirar hacia el espejo o mirarlo a él. Seguía siendo una decisión difícil para Verónica. En ese momento, otro de los observadores decidió ocultar el espejo con una

puerta corrediza. Fue cuando Verónica comenzó a mirar a José.

Verónica dejó de buscar su propio reflejo, hizo un mejor seguimiento de los juguetes que José le iba presentando y empezaron a jugar juntos. La abuela ingresó al área de juego y la paciente dijo: “talle”. La abuela explicó: “así es como me dice ella”. Luego le dijo: “es hora de comer” y la paciente respondió “que bi dotó”. La abuela nuevamente tradujo para los observadores: “quiere decir: ¡qué bien, doctor!”.

La niña eligió un juguete: una caja en la que se desliza una bolita por entre una serie de obstáculos. Dijo: “doto, mía mi boíta” (doctor, mira mi bolita) y el observador le preguntó: “¿donde está la bolita?” y ella le respondió: “aquí tá, mía”. La abuela estaba allí, disponible, e iba participando en la medida en que la niña se lo pedía. Luego la abuela le dijo: “cántale el *Happy Birthday* al doctor” y dirigiéndose a nosotros dijo: “ella canta el *Happy Birthday*”. La niña respondió: “!Nooooo!” contundentemente.

Unos segundos después Verónica tararea la melodía de la canción mirando a José. Y él, quien de hecho está de cumpleaños, sonríe y le propone tocar el tambor en compañía. Después le solicitamos a la abuelita salir del salón, ante lo cual la niña le dice “yo me quero talle”. Se quedó sola por un momento jugando con José, en silencio. Por último,

se le informó que la sesión había finalizado, se le convenció de que organizara los juguetes (no tenía ganas de hacerlo) y se le pidió que saliera del salón.

Mientras estamos en esto, cogió una bolita entre sus manos (con la que había estado jugando con José) y regresó al salón con las dos manos en su espalda, sonriendo con picardía. Uno de nosotros le preguntó qué tenía ahí y ella mostró la mano que no tenía nada. Cuando le dijimos: "y ¿qué tienes en la otra?", la sacó y la mostró. José le preguntó si quería que se la regalara, Verónica sonrió (lo que José interpretó como un sí), y le dijo que se la regalaba, y ella se fue contenta.

Fue en ese momento en que los datos de la historia clínica se abrieron a la totalidad de los observadores. Nos enteramos entonces de la historia clínica previa. A los dos años de edad Verónica no hablaba y no fijaba la mirada. Si algo le dolía lloraba, pero no era capaz de indicar dónde. No controlaba esfínteres. A los tres años ingresó al jardín, frente a lo cual esperaban que su lenguaje mejorara pero, como no fue así, la llevaron a evaluar.

Fue valorada por el servicio de pediatría, que la remitió a otorrinolaringología. Después de unos potenciales evocados auditivos normales y con una resonancia magnética cerebral normal, fue nuevamente remitida a psiquiatría, para que se valorara un

posible autismo. El psiquiatra hizo una impresión diagnóstica de un *trastorno atípico del espectro autista*. Para el momento de esta cita, la niña tenía cuatro años de edad. A la edad de cinco años y siete meses llegó al IOIR. Fue vista por neuropediatría, que descartó un déficit motor y sensitivo, refirió motricidad fina adecuada y describió que interactuaba adecuadamente con el medio. La remitió a neuropsicología, y ésta a su vez a psiquiatría infantil, para ser llevada a la sesión de observación.

En la entrevista previa a la sesión de observación, la madre refirió que Verónica había presentado varios síntomas fóbicos tempranamente: ansiedad cuando se enfrentaba a sitios cerrados, reacciones de terror frente a los juegos mecánicos y a los ascensores y temor a los carros cuando se quedaban quietos. La describió como una niña irritable, que hace uso inadecuado de los juguetes, y dio como ejemplo que con los libros hacía torres. Dijo que le gustaba traspasar el agua de los recipientes y quedarse mucho tiempo en esa actividad. Cuando se le indagó acerca del objeto transicional, relató que tuvo dos muñecos y una cobija: un objeto conformado por tres ¿un objeto dividido o ninguno?

Discusión diagnóstica con respaldo teórico

Expondremos a continuación la discusión tal y como se presentó dentro del equipo observador, apoyada en

las observaciones recogidas en los diferentes canales, todo lo cual quedó consignado en una grabación digital. Los aportes de cada miembro del equipo se identifican con una letra; en cursivas se plantean las relaciones clínico-teóricas que fueron surgiendo de la comprensión del material. Algunas precisiones de términos se aclaran en notas al pie de página. Se sugiere, si el lector lo requiere, referirse al cuadro que aparece como anexo al artículo “Comenzando la Vida” escrito por uno de los observadores del equipo en colaboración con las doctoras Deeb y Sabogal.

Discusión

M: Ahora que ya intentamos contarlos lo que vimos en cada canal, empezamos a pensar a qué movimientos psíquicos responde lo descrito. ¿Qué pasaría acá, con nosotros?

B: Lo que pasa con cada canal es que entre más sesiones hagamos, más nos damos cuenta de lo difícil que resulta separar cada uno. Cuando hablamos de un canal, casi siempre se nos van ocurriendo cosas que corresponden a otro.

M: Eso es muy cierto. Sabemos que el intento por separarlos es con fines ilustrativos, pero no podemos desligar una línea del desarrollo, una competencia, una vía de comunicación de las demás. Y el juego se ha vuelto indispensable... No lo

teníamos como un canal, porque no lo es estrictamente hablando; pero nos deja ver, tanto cómo es Verónica como la forma en que se relaciona. El juego es todos los canales y *no es* ninguno específico. Es tanto de Verónica como de José, es “el área transicional” de Winnicott (1), en una acepción amplia. Ahora tenemos lo que vivimos y lo que nos contamos; partiendo de esto tratemos de construirnos una idea de Verónica, entre todos.

B: Me llama mucho la atención que la mamá diga “ese espejo es ella, ella se mira y no más... A ella le gusta verse en el espejo, si ve su sombra se pone a jugar con ella”.

M: No parece lógico que a alguien le pueda “gustar” jugar con su sombra... Sonaría más a una confusión entre la necesidad y el placer... Se me ocurre que lo que pudo pasar con Verónica es que le tocó recurrir al espejo porque la necesidad de “ser mirada” no fue satisfecha, lo que excluiría la noción de placer. Volvemos a pensar que quién no puede vincularse afectivamente con esa carencia y con esa no satisfacción de la necesidad —en este caso la madre— lo interpreta como si fuera un deseo y que queda así por fuera de la dinámica familiar que la promueve. Leerlo como que “le gusta” tiene el riesgo de desdibujar el mensaje de “lo necesita” y, por lo tanto, desvincula de lo que sucede a

quién podría hacerse cargo de satisfacer dicha necesidad.⁷

Z: Pide constantemente que la miran...

José: Y no la miran... O, bueno, no se siente mirada... Verónica "estaba toda Teletubbie"⁸ al principio. Intenté sacarla del área del espejo y a su mamá, y para esto volteé el tarro de juguetes hacia el otro lado y me senté en frente del espejo para que ella no pudiera ver su reflejo. En ese momento Verónica dejó de actuar como teletubbie.

Z: Sí, se sintió así como un ¡tras!, un momento de cambio grande, una energía que si le pusiéramos palabras, diría algo como: "¡ahora sí!, vamos a ponernos como es" (Winnicott: momento de ilusión [2]).

José: Sí, la vi como emocionada, pero no sé si era por ese acto o por otra cosa. Todavía no entendía bien para dónde íbamos. Era difícil de distinguir entre un gesto genuino de asombro, aunque la sentía más allí, conmigo, en comparación con

lo que hacía antes (Winnicott: *self* verdadero [3]).

B: Pero sí hubo una verdadera emoción. Se vio en ella y todos sentimos lo mismo. (Varios asienten con la mirada)

José: Eso fue cuando yo volteé el tarro en el piso y me senté para que se tapara el reflejo de ella. Por un momento quedó como confundida y no sabía qué hacer; cogía los juguetes y los tiraba, pero no hacía nada con ellos. Yo creo que eso de no saber qué hacer fue muy difícil para ella, tenía que salir de ese estado... Después se acercó otra vez al espejo y volvió a hacer todos los "actos teletúpicos" que tenía. Intenté tapar su reflejo en el espejo con mi cuerpo, pero no alcanzaba.

Dejamos el "tenía", porque nos evoca el término usado al hablar de un actor que "tiene" un acto montado para presentar ante otros; y lo que sentimos es que estos movimientos, gestos, sonidos que desde la discusión llamamos "teletúpicos" formaban parte del repertorio de elementos constituyentes del falso self (Winnicott: self verdadero [3] y, por lo tanto, no le eran propios, no formaban parte de su self verdadero,

⁷ Winnicott precisa que la necesidad corresponde al inicio de la vida del bebé, a la época de la dependencia absoluta y la mamá; por lo tanto, es devota de su hijo (en preocupación maternal primaria). Sólo cuando estas necesidades han sido satisfechas, aparecerán, ya en la época de la dependencia relativa, los deseos. Si éstos no se satisfacen, estamos en el territorio de la frustración —que se puede tolerar cuando ya hay un sí mismo, pero no en el de las agonías primitivas, que corresponden a las necesidades tempranas no satisfechas—.

⁸ Teletubbie: muñeco animado de aspecto robótico; serie de la BBC transmitida por televisión en el canal Nickelodeon. Se transcribe tal y cómo surgió la analogía que se hizo con Verónica en la sesión.

sino de la defensa construida para proteger a este self vulnerable de las fallas en el entorno.

José: Ah, bueno, y después seguimos como jugando y ella estaba con la cajita de bolitas pero jugaba ella. Me decía “mira, doctor”, pero no me lo mostraba. Entonces me quedaba ahí sentado como “¿qué hago?” y ella seguía diciendo “mira las bolitas”, pero yo no las podía ver. Entonces intentaba acercarme para poder ver y como tratando de decirle “bueno, muéstrame” y ella de vez en cuando se volteaba y me decía “mira”, pero seguía en lo suyo.

Z: Sí, pero mira que ahí se acercan mucho más.

José: Sí, estaba al frente de ella y me acercaba como para acaparar todo el campo visual, aprovechando que soy grande para que juegue conmigo, no con el espejo. Después, volteamos el juego hacia el otro lado y siento esa ansiedad de que ella no sabe si voltearse o quedarse como está, entonces queda en la mitad.

Quiere traerla al mundo de las relaciones objetales ofreciéndose él como objeto real. En el camino hacia la individuación (Winnicott: individuación [4]), Winnicott habla de la relación entre la “presentación del objeto” y el acceso a las relaciones objetales (5). La ansiedad que siente José es la que ella le proyecta y él recibe desde su contratransferencia.

M: ¿En la mitad de qué sientes que queda?

José: Así... como que no quiere dejar de mirar hacia allá (el espejo), pero tampoco quiere dejarme a mí a un lado. Queda como “así tengo las dos cosas por ahora”.

Si bien quisiera acceder a la relación con otro, permitirse jugar, le es difícil elegir (sería dejar el equilibrio patológico que ha logrado establecer para estar tranquila, y también renunciar a la omnipotencia infantil de tenerlo todo).

B: Creo que esas “dos cosas” de las que habla José podrían ser su falso *self* y un *self* que sí se puede relacionar, o su parte más psicótica frente a la menos afectada.

M: Lo impuesto contra la creatividad, por ejemplo...

E: Yo estaba pensando: el orden contra el desorden, la integración contra la desorganización...

M: ¿Qué es integración?

E: Armar, unir.

T: La capacidad de unir dos cosas o más cosas.

José: Integrar más que unir, intentar armar una estructura sólida

E: Además, armonizarlas.

Z: Sí, que encajen.

J: Exactamente, no es lo mismo tener un arrume de fichas que tener algo armado con ellas, como con el Armo-Todo.

E: Sí, es una niña que funciona con un falso *self*, que intenta defenderse de que no la miran, de que no la oyen, ¡qué tal todas las veces que lo pide...! Defenderse de que no se siente, de que no es...

M: ¿Cómo describe José cuando Verónica llega por primera vez?

E: "Estaba teletubbie". Estaba toda teletubbie, no es *cómo*, sino *está*.

José comienza diciendo que "estaba toda teletubbie", es decir, lo que se percibía como fachada, como no genuino era sentido como transitorio, pues se refería en "estaba" y no en "era". Luego viene una intervención de José después de la cual él siente que ya no "estaba toda...", sino que "dejó de actuar como"... es decir, era una opción, una posibilidad a la que había recurrido acosada por la necesidad de sobrevivir precariamente, pero no era la única.

E: ¿No será que ese "estar teletubbie" se sacudió cuando José botó el tarro y regó los juguetes, y a partir de ese desorden Verónica empezó a rearmarse?

M: Intentemos pensarlo en movimientos: el bebé comienza no integrado y

con un potencial de desarrollo y si el entorno que encuentra es favorable, inicia un proceso hacia la personalización y la individuación que le permiten en un segundo tiempo, una adaptación sana que permita la continuación de la vida psíquica. De lo contrario, la adaptación se da bajo la forma de sometimiento a las exigencias parentales, cómo una opción de encajar con un *self* falso en ese engranaje para sobrevivir y preservar el *self* verdadero. Es decir, en estos niños el camino se hace al revés, se adaptan artificialmente para poder sobrevivir. Winnicott dice de ellos que comienzan reaccionando y no existiendo. Entonces, la idea del falso *self* es como decir "me tocó armarme así, sin reconocerme, para tener cabida en su no reconocimiento, para que ustedes estén tranquilos". Lo que hace José es que le permite a ella volver a su no integración (Winnicott: no integración [3]), al principio de sentirse ella misma sin ninguna imposición, sin ninguna demanda, le dice (con sus acciones) que puede dejarse ir... porque hay quien la contenga para que no se desborde.

E: Es cuando comienza a sentirse que es ella, que aparece la niña de cinco años, que propone juegos simbólicos en los que incluye al otro; que categoriza y descarta, la que puede tararear el *happy birthday* —como su regalo genuino (Winnicott: el gesto [3])— y también negarse a cantarlo "cómo le dicen".

M: O como cuando José le pregunta; ¿qué más hay?, refiriéndose a los juguetes... Podemos pensar también que en la pregunta está la esperanza de encontrar algo más detrás de la fachada del falso *self*, y que estamos dispuestos a encontrarlo con ella, si bien es sólo ella quien tiene la respuesta.

E: Yo sentí a la abuela como el ancla. Ella estaba con Verónica y José cuando esto se dio.

B: La abuela es el *holding* (según Winnicott [6]) personificado, se aguanta el dolor de ella todo el tiempo para poder sostener a esa niña. Ella sabe que si ella se impone, la niña no puede producir. Está atenta a servir de puente entre lo que dice Verónica y nosotros; se asegura de que entendamos qué quiere, qué le gusta, cómo prefiere...

E: Siento que hace *holding*, que hace uso de sus funciones de *reverie* (7) y alfa (7): está dispuesta a recibir los elementos beta (7) que la niña le pasa —ella sabe que es frecuente que no la entiendan—, lo digiere y lo devuelve —tanto para la niña como para los demás interlocutores—. Su intervención no tiene una consecuencia excluyente, sino inclusiva.

L: Si pensamos en cómo enfocar el tratamiento, es fundamental trabajar tanto a favor de su mundo interno como en la relación con los otros, en el vínculo. Si bien es una

paciente que tiene fallas en diferentes líneas del desarrollo y podría beneficiarse de terapias dirigidas hacia el compromiso instrumental, es decir en el qué, si no miramos hacia el cómo y el para qué, caeríamos en el riesgo de reeditar en el tratamiento el núcleo de la problemática de Verónica, no mirarla, no verla, lograr una seudomejoría (sólo sintomática), que nos permitiría ver la disminución de los síntomas, pero desdeñaríamos “no viendo” el sentido que tienen estos síntomas en el caso particular de la vida de Verónica, y sin considerar el momento del desarrollo en el que se quedó detenida... Ella está esperando la posibilidad de encontrar un ambiente más favorecedor para existir y un momento de encuentro (2), de ajuste entre su necesidad y lo que el ambiente le provee. Comprender esto nos permite proponer un tratamiento que la lleve a retomar el camino natural del desarrollo.

Conclusión diagnóstica

En el ejercicio del diagnóstico entendemos que en la problemática de la niña que no tiene como núcleo un trastorno estructural propio —si bien está el riesgo de constituirse en uno— subyace una problemática vincular, relacional. A través de la movilidad del funcionamiento psíquico de Verónica durante la sesión, del cambio en sus relaciones objetales, de la aparición del sí mismo verdadero podemos llegar a una conclusión.

Es de subrayar que el diagnóstico no se hace a partir de cortes transversales, sino de un estudio longitudinal en el que se piensa en lo que se ve, y en lo que nos cuentan, pero también y, sobre todo, en lo que siente quién se ofrece en tanto protagonista de la nueva relación objetal que permite la experiencia emocional correctiva (5). Esta paciente se mueve en varios territorios, desde el déficit (8) —momento de la sesión en que sentimos que se relaciona con el otro desde el falso *self* de confusión con el otro, entendido por supuesto en su valor defensivo— y avanza en otro momento merced a la experiencia terapéutica hacia el terreno del conflicto, cuando aparece un límite entre ella y el otro y se establece una relación entre dos individuos claramente diferenciados.

Así es como un elemento fundamental para llegar a la impresión diagnóstica en un niño con dificultades es la valoración de la movilidad de su organización psíquica y la potencialidad de funcionar usando sus elementos más sanos, ante la provisión de un entorno continente (cuando éste ha sido insuficiente o ausente). Lo vivido durante la sesión de observación con Verónica y la reconstrucción retrospectiva de su historia nos conduce a pensar que hubo una perturbación desde los primeros momentos de su desarrollo. Las preocupaciones de los familiares y, posteriormente, del

colegio nos llevan a formularnos la pregunta de si habrá sido una bebé muy demandante o deprimida o con una madre deprimida, aislada, que no la miraba, que no la veía, o si existió otro tipo de falla en el ajuste entre el niño y las personas que representaban su ambiente (8).

Por lo tanto, si pensamos en la diferenciación que Winnicott encuentra indispensable entre desintegración y no integración (3) (la que considera su opuesto), Verónica había construido para sí una integración defensiva, artificial que fue su forma de existir y, por lo tanto, de relacionarse en tanto se le pedía que hiciera cosas, que mostrara "para el otro". En el momento en que José voltea el tarro de los juguetes, podríamos pensar que los juguetes regados en el piso son su ofrecimiento para que ella pueda ver sus partes desplegadas proyectadas en estos objetos. Así, José no sólo lo tolera y lo permite, sino que pone su yo a disposición de la falta de mentalización de Verónica. Este es el momento de la no integración, que Winnicott explica como un logro del desarrollo: "La relajación para un niño significa no sentir la necesidad de integrar ya que la función de soporte, de contención que hace su madre de su yo, está dada por hecho" (3). Abraham comenta al respecto:

El niño y el adulto que pueden relajarse y permitirse estar no-in-

tegrados, conocen de forma existencial la experiencia de confianza y la del sentimiento de “sentirse seguros”. Es una experiencia que conduce a la habilidad de disfrutar propósitos culturales. La no integración está asociada con ser y con la creatividad (9).

Esta experiencia de confianza es facilitada inicialmente por la abuela y se extiende a José. Así, Verónica está integrada de una forma falsa (en el sentido de defensa, sin una connotación peyorativa), pero esta forma de ser-estar en el mundo la restringe, la vuelve “teletubica”, la desafecta. En la sesión:

... se le proporciona la posibilidad de vivir una experiencia en la que su no integración es recibida, no se busca nada específico, se está disponible para ella, para que ella haga uso del otro... Se le reciben su *formlessness* y su *timelessness* y a partir de allí puede crear tanto en su *self* verdadero como en el mundo de sus relaciones objetales.

No sabemos si lo que resultaba difícil para ella era el no saber qué hacer: el coger los juguetes y no hacer nada con ellos o lo había sido el sentirse sometida a tener qué hacer para satisfacer las expectativas de otros y ahora estaba asombrada de ver que podía desplegar el desorden sin que esto tuviera un efecto catastrófico, y, por el contrario, fuera el inicio de la posibilidad de proponer, de imaginar, de crear... Y esto se

dio con otro. Las relaciones se co-construyen. Winnicott (10) dice que son el ambiente contenedor (*holding environment*) y la confiabilidad del *setting* los que pueden permitir al paciente buscar su *self*. Sin embargo, esta búsqueda debe emerger de forma natural y en el momento propio del paciente, a partir de lo informe (*formlessness*).

Lo que sucede en una sesión de observación es que se propone un *setting* que favorece la existencia del individuo; se le permite ser. En esta ocasión tuvimos el privilegio de tomar parte, y de ser tanto observadores como protagonistas de los movimientos en el funcionamiento psíquico que se dieron en el área transicional que fue surgiendo en la interacción personal.

Así, Verónica pudo desplegar distintos niveles de funcionamiento y mostrarnos que contaba con varias formas de estar en el mundo, y que su organización de la personalidad no estaba tan afectada como aparentaba; que la “teletubie” era de hecho un “estado” y no su esencia. La sesión de observación es una visión en micro, una experiencia que permite que el(los) terapeuta(s) haga(n) uso de su función de *reverie*, de la función alfa que elabora, transforma y restituye (al bebé) sus sensaciones/imágenes/afectos ya representables.

Esta capacidad de la madre/terapeuta de transformar los elementos beta en alfa es una función desa-

turante de los elementos beta del bebé/paciente que está sobresaturado. El terapeuta hace las veces de un objeto contenedor (Bion): recibe las proyecciones de los aspectos indeseables, ansiógenos, hostiles, dañinos del paciente para modificarlos favorablemente y ser regresados posteriormente para ser reintroyectados en el psiquismo del niño en una forma menos amenazante que permita un movimiento de genuina integración de sus objetos internos.

Verónica está enferma, sí, pero sus dificultades no son sólo de ella; es necesario pensar en las series complementarias. Pensar que convergen elementos constitucionales con el ambiente y que su funcionamiento es el reflejo de las fallas en el ajuste entre las dos. En el momento de la despedida, Verónica es una niña que interactúa, que ha diferenciado entre sí misma y el otro (y entre varios "otros"). Sonríe con picardía, esconde la bolita (un objeto objetivo que representa el juego, lo que se ha construido entre dos) para llevársela consigo.

Es decir, ha accedido a la posibilidad de mentalización, de representación, y quiere guardarla como el recuerdo, el símbolo de una experiencia con otro, reparadora de sí misma. Por eso al final de la discusión decimos "y se va contenta". Por supuesto, nosotros también estamos satisfechos. Aquí es donde se evidencia que las sesio-

nes de observación no constituyen únicamente una herramienta diagnóstica, sino que ejercen una acción terapéutica.

Sabemos que el camino que se va a recorrer en la terapéutica, entendida u orientada dentro de este marco es largo y complejo, pero también es esperanzador en la medida en que sabemos que si logramos que se dé un ajuste entre sus necesidades y lo que el ambiente le provee, podrá dejar atrás su organización defensiva y dar paso a una organización que se constituya en una estructura más sana.

De hecho, se dio un cambio durante la sesión. Lo vimos y lo vivimos con ella. La madre también se dio cuenta del cambio de Verónica. Una semana después para la reunión en la que se llevó a cabo la retroalimentación comentó: "es una niña que me mira, que propone, que puede decir qué quiere y que no, que juega...". Esta sesión tuvo entonces una doble acción: diagnóstica y terapéutica, a manera de consulta terapéutica, según el planteamiento de Winnicott.

Agradecimientos

A los miembros del equipo actual de Salud Mental del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt; a las personas de TO y TL; a quienes han participado en esta experiencia de aprendizaje de años durante sus rotaciones; a nuestros pacientes y sus familiares, que

la han hecho posible, y a los doctores Guillermo Ballesteros y Fanny Sabogal de Laverde, por sus contribuciones en la revisión del artículo.

Referencias

1. Winnicott DW. The potencial space. En: *Playing and reality*. London: Routledge; 2005.
2. Winnicott DW. The mother-infant experience of mutuality. En: *Psychoanalytic explorations*. London: Karnak books; 1989.
3. Winnicott DW. Ego distortion in terms of true and false self. En: *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press-Institute of Psychoanalysis; 1965.
4. Winnicott DW. Preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1999.
5. Winnicott DW. The use of an object and relating through identifications. En: *Playing and reality*. London: Routledge; 2005.
6. Winnicott DW. On the basis for self in body. En: *Psychoanalytic explorations*. London: Karnak Books; 1989.
7. Bion W. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós; 1980.
8. Balint M. *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós; 1993.
9. Abraham K. "No integración y desintegración". *Obras escogidas*. Barcelona: RBA; 2006.
10. Winnicott DW. *Playing: creative activity and the search for the self*. En: *Playing and reality*. London: Routledge; 2005.

Conflictos de interés: los autores manifestamos que no tenemos ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 12 de abril del 2009
Aceptado para publicación: 17 de julio del 2009*

Correspondencia
Martha Isabel Jordán Quintero
Carrera 14 No. 93 B 29, cons. 501
Bogotá, Colombia
mijordanq@yahoo.com