

Sobre la negación y el proceso de duelo

Sergio Martín Tarrasón

Psicólogo; Psicoterapeuta psicoanalítico

CDIAP del Maresme; Psicología Clínica Centre

Resumen

En los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAPs) atendemos precozmente el duelo de los progenitores. En este artículo trato de reflexionar acerca de algunas dificultades específicas implicadas en este proceso, de acuerdo a la edad del infante y a las características familiares. Hago especial hincapié en la defensa de negación y en los mecanismos de identificación proyectiva, a través de los cuales los grupos familiares tratan de organizarse en estas situaciones tan ansiógenas.

Tratar de discriminar las diferentes dinámicas subyacentes es una vía para la más precisa focalización de los diferentes objetivos terapéuticos.

Palabras Clave:

Negación, familia, duelo, narcisismo, desarrollo.

Agradecimientos:

A Ana Costa por su ayuda en la estructuración y elaboración del artículo. A Itxasne Atanes y Sabina Segarra por escuchar mis dudas y ofrecerse a proponer mejoras. A Laia Serras, por su confianza. A mis compañeras de equipo, que con sus aportaciones y su tenacidad me obligan a mejorar.

1.- Introducción

En ocasiones el terapeuta se pregunta: ¿Es posible que unos padres perciban más ajustadamente las dificultades de sus hijos? ¿Cómo sucede que ante estas limitaciones se muestre poca consonancia en las actitudes y opiniones de los progenitores?

Ésta es, en la práctica, una situación que se repite con cierta frecuencia en la atención precoz. Esto se debe, entre otras cosas, a que además de las dinámicas internas del grupo familiar también están en juego la enorme variabilidad evolutiva, y los márgenes temporales existentes en el desarrollo temprano del niño.

Hay una multitud de procesos implicados en las diferentes líneas del desarrollo evolutivo temprano. Entre ellos el estado aún en formación de los recursos propios del infante, la progresiva diferenciación entre el plano corporal y el psicológico, y la creciente diferenciación *self*-objeto.

Una de las dificultades específicas para afrontar el duelo pueden ser las expectativas de los progenitores acerca del crecimiento y el desarrollo que aún quedan por ser llevados a cabo por el infante. Es decir, con el desarrollo aún en juego, los progenitores pueden acogerse a la idea de que la pérdida no está confirmada hasta que no avanza el desarrollo (posponen la percepción de la realidad), quedando así bloqueado el proceso de duelo.

Entonces, la respuesta a las preguntas con que empieza este artículo, tan evidente y tan de sentido común, es que los padres no están preparados emocionalmente para aceptar el duelo por la pérdida de la ilusión de un hijo sano (o incluso ideal), y que se aferran a razonamientos más o menos plausibles para negarlo. Racionalizan su postura desde una perspectiva lógico-formal, y tratan de hacerla sostenible narrativamente. Su objetivo defensivo es no enfrenar el impacto doloroso del duelo y la pérdida que les supone encontrarse con un hijo que contiene y sufre dichas limitaciones, sean éstas del orden que sean.

Junto al dolor, el sentimiento subjetivo de fracaso y la ansiedad, los progenitores encuentran otra dificultad añadida: la de poder diferenciar como padres en qué medida se tiene responsabilidad objetiva y capacidad de influencia, o no, en lo que al niño le sucede o le ha sucedido. Es decir, han de enfrentarse con la **culpa real** y la **culpa imaginaria**.

Los progenitores que afrontan la tarea de discernir estos extremos suelen estar más o menos desprotegidos: no se puede esperar de sus relaciones sociales, y en muchas ocasiones tampoco de algunas instituciones, que les ayuden a diferenciar con objetividad qué aporta cada uno (padres e hijos).

Hay además una realidad objetiva, que es necesario contemplar: diferenciar éstas aportaciones resulta harto complicado; la tarea de atribuir a cada uno lo que le es propio no es objetiva.

Una familia es un entramado muy extenso de identificaciones, proyecciones, vínculos y disociaciones, en las que se necesitaría un trabajo verdaderamente extenso para aclarar, diferenciar, concienciar y reorganizar.

En las problemáticas de tipo emocional y del desarrollo, las dinámicas emocionales familiares juegan un papel siempre relevante. Salvo en contadas ocasiones en que la sintomatología que encontramos es casi puramente de orden biológico, y por tanto más diferenciada, lo habitual es encontrar una multiplicidad de factores entre los que destacan las características de los vínculos familiares, y la historia familiar que precede al nacimiento del hijo.

2.- Desarrollo: Dificultades en la elaboración del duelo

2.1.- Atención precoz del duelo de los padres

Como ya he mencionado, los factores y líneas del desarrollo que se encuentran en juego en esta edad son varios, de amplia importancia, y se configuran en diferentes intensidades y ritmos en cada infante.

Debido a la complejidad del conjunto de factores del desarrollo que están en juego, hay un proceso de los progenitores que se mantiene en una etapa muy inicial, y que es el duelo y la aceptación del diagnóstico. Los progenitores se resisten a aceptar las dificultades como tal; su esperanza se aferra al desarrollo que aún queda por realizar.

Pero sabemos que los progenitores, en estas edades tan tempranas, suelen llegar a los centros de atención precoz con una noción íntima y difícil de tolerar: su hijo presenta alguna dificultad. No les faltan ejemplos para comparar, ni profesionales o conocidos que les señalen estas dificultades.

El proceso de duelo puede iniciarse de forma deambulante, poco clara, y así como nuestra atención con los infantes es de atención precoz por la edad y el momento evolutivo, creo que es útil definir que nuestra atención a los progenitores implica una ***atención precoz del proceso de duelo de los progenitores.***

La elaboración del duelo va íntimamente ligada a la aceptación del diagnóstico, que en algunos casos es también incierto y variable. Debe de haber una certeza acerca de lo que supone el diagnóstico, de lo que son las dificultades reales; todo duelo necesita de la **certeza de una pérdida**, aunque sea de la pérdida de un desarrollo normal.

2.2.- El papel de la negación en el duelo, y otros mecanismos de defensa

Para evitar enfrentar una realidad de pérdida como ésta, tan dolorosa, los progenitores inician, en ocasiones, un proceso defensivo de compleja modificación por la intensidad de su contenido conflictuado: ***la negación***, mecanismo de defensa emocional e interno con expresión racional y externa.

En último término, en un sentido íntimo y difícil de transmitir, hay una conciencia última en los progenitores acerca de las dificultades del hijo. La mera asistencia a las sesiones de tratamiento, a pesar de las verbalizaciones en sentido contrario nos ha de servir para pensar en la existencia de esta conciencia última.

Pero la negación, a pesar de esta evidencia, acaba por provocar la apariencia ante el profesional de tener enfrente a unos progenitores con una barrera impenetrable, como si se tratara de un frontón en que rebotan todas las pelotas (intervenciones terapéuticas) que se le lanzan, o de una pared tan frágil que da la sensación que podría derrumbarse.

Una primera noción que puede ser de utilidad es remarcar que la principal función de esta barrera es precisamente la de impermeabilizar, al menos temporalmente, y siempre de manera parcial. La barrera de la negación es mantenida por los progenitores a costa de otras funciones (lógica, racionalidad, flexibilidad, posibilidades de desarrollo, capacidad de adaptación...). Requiere de un coste de energía y espacio mental muy elevado para su mantenimiento. La negación, siendo de las defensas más primitivas, es también de las más inestables y menos elaborada.

Los progenitores, emocionalmente, íntimamente, optan así por negar temporalmente la evidencia de las dificultades de sus hijos antes que soportar el dolor, ansiedad, responsabilidad y tristeza que supone asumir dicha situación.

En éstos la negación suele ir acompañada de racionalizaciones más o menos elaboradas, en función de sus capacidades cognitivas e intelectuales, y su nivel psicosocial. Elaboran explicaciones de múltiples tipos, con el propósito de reforzar y generar una estructura narrativa sólida y adecuados soportes para los aspectos menos sostenibles.

Es decir, tratan de corregir las vulnerabilidades de esta precaria defensa con el uso de *defensas secundarias* que afiancen aquellos aspectos en los que flaquea la negación. En ocasiones se adorna esta estructura de defensas (y defensas para reforzar las defensas) con **idealizaciones** de aquello insoportable: valoran y alaban la independencia y autonomía del hijo, en lugar de afrontar los problemas de relación y vínculo; entienden como grandes capacidades del hijo lo que en realidad acaban por ser extrañezas del comportamiento; etc.

Hemos de poder pensar que hay una cualidad sana en la idealización, que implica la intención de los progenitores de preservar a su hijo del dolor y la ambivalencia que ellos sienten internamente (por ejemplo, ambivalencia hacia el hijo que les ha causado la pérdida de sus expectativas, y dolor por el hijo que sufre).

Para consolidar esta defensa de negación, se suele necesitar también de un intenso uso de la evitación fóbica, especialmente de aquellas situaciones en las que se anticipa que se generarán disfunciones en la defensa.

Otra posibilidad para defenderse secundariamente es el desarrollo de una amplia lista de precedentes supuestamente confirmatorios de la ausencia de dificultades, que den una base lógico-racional a este edificio conceptual sin sustento profundo.

Así pues, estoy hablando de un concepto que es ampliamente usado en la literatura psicoanalítica, que es el **retorno de lo reprimido** (en este caso del retorno de lo negado) y la estructuración de **defensas secundarias** asociadas a él.

Pero volviendo a la negación, nótese que en otro plano, la negación es ampliamente considerada como una *fase normal de todo duelo*, una primerísima fase, casi una reacción inicial a la llegada de una gran pérdida. “No puede ser”, “no a mí”, “se equivocan, es un error”...

A esta fase le suele seguir después una intensa reacción emocional que incluye ira, frustración y tristeza; después vendrán la aceptación racional e intelectual, la aceptación y elaboración emocional, y posteriormente la integración de ambas.

Finalmente, si se han desarrollado dichas fases óptimamente, se generan unas condiciones en el espacio interno que favorecen la creación de nuevos vínculos realmente significativos (y no sólo aparentemente), y el desarrollo e incremento de la capacidad creativa en relación a la acumulación y elaboración sana de la experiencia.

Por supuesto, la descripción que recojo de estas fases es una simplificación lineal y en extremo secuencial. Pero me sirve como esquema a través del que entender y organizar una perspectiva interna de los procesos de duelo, en los que ubicar la intensidad y sobretodo la precariedad de estas iniciales y poco eficaces defensas de negación o fantasías de negación.

Entonces, cuando digo que unos progenitores permanecen estáticos en la negación, estoy hablando de un mecanismo de defensa inicial, una organización interna precaria porque es intensamente vulnerable a la fuerza con que la realidad evidencia la pérdida, se pueda admitir o no.

Sólo la perspectiva de la magnitud del duelo que aún queda por elaborar puede ser una razón de suficiente envergadura y coste emocional como para mantener la negación con tal intensidad.

¿Cómo entender el grado de sufrimiento que se trata de evitar? ¿Qué intensidad de temor a los sentimientos depresivos está en juego? ¿En qué medida opera la confianza básica a poder enfrentar una pérdida de estas características? ¿Qué tipo de pérdidas anteriores y de qué magnitud son las que condicionan y contextualizan el afrontamiento actual?

Lo que queda detrás de la negación es lo insostenible, lo insoportable, lo que no tiene nombre, aquello que amenaza al frágil equilibrio interno logrado con herramientas frecuentemente precarias. Este sufrimiento subyacente es el que pro-

voca en los progenitores, cuando les es mostrado o nombrado desde el exterior, la percepción de que se les está infringiendo un daño emocional al ponerlos en contacto con lo negado.

Cuando esto ocurre, la reacción por parte de los progenitores puede ser cualitativamente agresiva, o dolorosa. Al concienciar la realidad, la primera fase del duelo no se puede mantener estáticamente y aparecen las fuertes emociones que esperaríamos de la fase segunda (ira, frustración, tristeza...).

Así pues, si se produce el avance íntimo y emocional en este proceso (con o sin intervención por parte de un terapeuta) dicha evolución lleva desde una reacción inicial o etapa de negación hasta un estado evolutivamente más dinámico y progresivo (pero también muy costoso) de vivencia encarnizada de la realidad emocional.

Pasan entonces a un plano de mayor importancia y actualidad cronológica algunas funciones y dificultades emocionales: la tendencia a la descarga o la capacidad de contención de la ira; la intolerancia o las dificultades de sostener la frustración, la tristeza o la desesperanza; los deseos intensos de lograr una felicidad sin fisuras en una búsqueda maníaca de pseudosoluciones; la desorientación y la capacidad de tolerar la incertidumbre...

Llegado el momento, estos y otros procesos asociados a la aceptación de la realidad de pérdida, serán de tonalidad especialmente intensa dependiendo de la intensidad y cualidad de la negación anterior.

Por un lado, la defensa de negación puede ser más intensa según la gravedad de la pérdida que esté en juego en el proceso de duelo, y según los recursos internos y externos que tengan los progenitores para afrontarlo. Por otro lado, cuanto más intensa, opaca y prolongada haya sido la negación, menos se habrá realizado el ejercicio de aceptación y afrontamiento de la realidad dolorosa. La llegada de esta última (por otro lado, inevitable) se puede hacer entonces especialmente cruda.

Si el **proceso** de hacer frente a la realidad de modo progresivo, con un ritmo y tempo determinados, se ve alterado por la rigidez de estos mecanismos defensivos, los progenitores afrontarán el advenimiento de la realidad sin la creación de unas condiciones mínimas, sin haber podido realizar una generación adecuada de los recursos necesarios.

Esto puede dejar al grupo familiar expuesto con una alta vulnerabilidad a la presencia de un monto de culpa y agresividad difícilmente digeribles.

2.3.- Negación en el individuo y en el grupo familiar

Cuando individualmente uno se niega aspectos de sí mismo, por muy oculta en racionalizaciones o disimulada en normas morales que esté dicha negación, ésta

acaba por restar posibilidades de crecimiento, potencial de desarrollo y capacidades creativas.

Esto sucede porque en lugar de hacerse cargo de la realidad externa e interna con toda su complejidad y riqueza, el individuo niega algunos de sus aspectos emocionalmente más conflictivos (dolorosos y/o insoportables) pero también más centrales, que deja al margen de las propias cábalas.

Con la negación se distorsiona parte del contexto interno y externo, no se tiene suficientemente en cuenta, se separan y dividen aspectos íntimamente relacionados entre sí.

Las consecuencias de dicha negación son, en principio, también individuales. Aunque secundariamente, a través de ciertos mecanismos emocionales y de comunicación inconscientes, dicho aspecto negado hace notar sus consecuencias (en estos casos que nos ocupan) sobre la pareja parental y los hijos.

Por ejemplo: ¿Cómo pueden los progenitores tomar las decisiones más adecuadas en este tipo de situaciones?

Podrían, pero en ocasiones este mecanismo defensivo les entorpece, les resta posibilidades.

Diría que esta pérdida de capacidad creativa y de posibilidades de adaptación es el **coste** que han de pagar por el mantenimiento de este mecanismo de defensa.

Esto puede erosionar la capacidad de crecimiento del grupo familiar. Puede favorecer, por ejemplo, que se desplacen los daños al cuerpo, expresándose a través de somatizaciones los dolores emocionales que no se pueden mentalizar y simbolizar.

En ocasiones, es a través de la percepción del efecto que se ocasiona en el otro, cuando se puede mentalizar, de segundas, las propias emociones a través del **coste** que le suponen al otro (a través del mecanismo de la *identificación proyectiva*, por el cual se puede percibir en el otro los aspectos y conflictos propios proyectados).

La comunicación inconsciente está en la base de los intercambios emocionales. En realidad, esta comunicación inconsciente en su aspecto más sutil, forma parte de la comunicación interpersonal y de lo que en último término nos permite conocer a quienes nos rodean, la forma de ser particular de cada uno... Nos comunicamos a través de ella, nos relacionamos con ella y en ella.

Si acaso movilizamos activamente nuestros recursos defensivos en la interacción cuando en el lugar de la comunicación inconsciente aparece la **confusión** entre unos y otros. Aunque sea muy difícil discernir cómo y en qué intervenir.

Como adultos no es nada fácil hacernos cargo de estas complejas situaciones, ¿cómo será pues para un niño? Éstos, con el vasto equipaje heredado, con su capacidad de percibir en el otro los aspectos emocionales más básicos y primitivos, sólo

pueden responder de forma muy distinta a los adultos, por la precariedad de las herramientas (aún en desarrollo) con que hacer frente a la realidad.

Necesitan de la ayuda de sus cuidadores, necesitan que otros se encarguen de digerir situaciones, que otros puedan pensar qué sucede cuando se establecen confusiones, ejerciendo así de motor auxiliar mental y emocional que las *gestione* (es la función de *reverê*; Bion, 1966). El adulto permite así que el niño afronte la realidad despojada de la carga adultomorfa, favoreciendo que se desarrolle al ritmo que le es propio.

Ciertamente se trata de un aspecto complejo; cuando la negación se establece como defensa predominante del grupo familiar, las funciones, aspectos y consecuencias negadas pasan a ser adjudicadas entre los miembros del núcleo familiar. Llegan a ser compartidos o consensuados inconscientemente entre ellos.

La negación tiene entonces unas muy evidentes consecuencias en la realidad externa, grupal y familiar.

2.4.- Rasgos narcisistas y proceso de duelo

Creo que es necesario hablar, aunque sea esquemáticamente, acerca de otra tipología de estos mecanismos defensivos, que estarían en un extremo cualitativamente distinto de los descritos más arriba.

Por supuesto, una categorización en este sentido es más útil en un sentido teórico. La realidad clínica muestra siempre una complejidad multicausal que plantea uno de los retos del trabajo terapéutico: tratar de diferenciar qué dinámicas profundas están en juego en cada momento del proceso, y poder adecuar la intervención y las herramientas técnicas a la compleja multifactorialidad.

Me parece útil hacer mención, como decía, de este extremo de *rasgos narcisistas*, para poder valorar más ajustadamente su incidencia en la práctica profesional:

En ocasiones atendemos a unos progenitores que muestran una actitud similar en cuanto a negación, pero tras la cual subyace una dinámica interna cualitativamente distinta, y si cabe con un mayor riesgo de generar consecuencias nocivas.

Creo que éste es un tema extenso que excede con mucho los propósitos de este artículo. Por ello he tratado de hacer un ejercicio de esquematización con la intención de facilitar la exposición, pero que tendría que ser ampliada con conocimientos más específicos.

Éstos a los que me refiero son progenitores con claros **rasgos narcisistas**, o también podría decirse con intensas **carencias narcisistas**.

Con esto me refiero a la presentación externa de una autovaloración elevada, que implica tonalidades maníacas y está al menos parcialmente desvinculada del criterio de realidad.

Suelen ir acompañadas de una sobre exigencia (en este caso parental) que inhibe algunas posibilidades evolutivas de los hijos, y de una dificultad intrínseca en cuanto a empatizar y a entender el mundo emocional del otro (incluido el hijo). Estas son condiciones de la interacción que pueden favorecer la aparición de signos de alarma de evolución hacia trastornos del desarrollo afectivo graves (De la Fuente, 2008; Pérez Sánchez, M. 1987; Levobici, 1998).

Muchas veces se tiene la percepción de estar ante unos progenitores que muestran un contacto rocoso, abrupto, que trata de tapar un gran vacío. Presentan una autoestima poco sólida, con remiendos, que se percibe parcialmente desconectada, y en último término frágil, con grandes dificultades para aceptar la limitación de la realidad, y para sostener la evidencia del sufrimiento.

A través de este contacto distante, exigente, tratan de mantener a toda costa una imagen idealizada del sí mismo. Su necesidad central es proteger su propio *self*, demasiado pequeño y frágil como para hacer frente a una realidad que se percibe como demasiado potente, y en este sentido peligrosa (Demers, 1993). Tienen un sustento precario de su propio autoconcepto, y por tanto una autovaloración lábil (aunque aparenten ser expansivos, potentes y contundentes en sus afirmaciones).

Para estos frágiles progenitores, el enfrentar las limitaciones de su hijo (su heredero biológico, que a nivel simbólico y real tiene implicación en las capacidades creativas del progenitor), constituye una cruda escenificación interna y social de los aspectos propios menos aceptados (los más frágiles, vulnerables, poco presentables). Al ser ubicadas en el hijo, estas limitaciones y carencias no pueden ser disociadas con las mismas herramientas emocionales con que se disocian los aspectos internos vulnerables y carenciados del propio progenitor.

Cuando se dan este tipo de dificultades, el proceso de duelo del que hablaba pasa a complicarse y hacerse más confuso, condicionado por una pluralidad de dinámicas internas. Junto al proceso de duelo propio de la situación real, se produce entonces, paralelamente y con mayor intensidad a la esperada, una **herida narcisista** en los progenitores. Este fenómeno que conlleva una intensa reacción interna, complica las ya turbulentas sendas emocionales necesarias para enfrentar una elaboración más o menos sana de la realidad.

Una herida en el sentido más estricto: dolorosa, que desgarrar, que abre una vía por donde se fuga y se representa aquello de lo que los progenitores han tratado de defenderse tan metódicamente. Una herida que evidencia las carencias de su creación y que constituye una referencia directa a su autoimagen y autoconcepto, que daña a su *self*. Las dificultades del hijo, pasan a ser percibidas a nivel interno y emocional como un dolor tan intenso, que a *nivel profundo* puede confundirse con una agresión del hijo (o del terapeuta que las verbaliza y las señala) hacia el progenitor.

A través de dicha confusión se pueden desviar hacia el hijo una serie de emociones negativas (agresividad, rechazo, desvinculación...) que podrían llegar a traducirse en casos extremos en violencia relacional, verbal o física.

La misma intensidad persecutoria con la que el progenitor trata a sus contenidos internos menos presentables, es la que ahora proyectivamente se desliza hacia el hijo.

Algunas de las defensas secundarias que se activan entonces como vías de evitación de la ansiedad son, por ejemplo, la idealización de la enfermedad del hijo (verlo y pensarlo como más enfermo de lo que está, para no tener que asumir la ansiedad que implica la propia responsabilidad en el proceso de tratamiento), o el ataque cruel a sus dificultades (para desvincularse y evitar sentir o compartir el dolor por su fragilidad), dando una impresión de manía o de desprecio.

Ante tal grado de confusión, el pronóstico del niño pasa a complicarse, deteniendo algunos progresos evolutivos y favoreciendo la regresión a estados más primitivos del desarrollo. Se dificulta así la relación del niño con el entorno, del que tenderá a aislarse o a actuar masivamente en él, desarrollando en ocasiones sintomatología del orden psicótico y autista.

3.- Impacto en el terapeuta del duelo patológico familiar

3.1.- Duelo

Ante esta organización de defensa férrea en los progenitores, se pueden activar reactivamente toda una serie de respuestas emocionales en los profesionales que los atienden.

El profesional (sea psicólogo, logopeda, fisioterapeuta, psicomotricista, psiquiatra, neuropediatra, etc.), movido por la sorpresa, la impaciencia o la ambivalencia, puede intentar disolver activa e intensamente esa defensa.

Movido por un afán de veracidad y de realismo (*el furor curandi* que lleva a la actuación), alejado de la función de tolerar el tempo de los padres a pesar de las evidencias, el profesional puede tratar de penetrar en la auténtica raíz del conflicto, tratando de lanzar la realidad rápidamente a la conciencia de los progenitores.

Este intento prematuro no suele tener consecuencias positivas de cara a los objetivos terapéuticos. Si acaso refuerza la misma actitud defensiva que el terapeuta trata de disolver; al confirmarse para los progenitores la percepción de que la realidad es agresiva y dolorosa.

A lo largo de todo proceso de atención y dentro del vínculo terapéutico, se consolida progresivamente un estilo de organización de la relación. El profesional recibe entonces la proyección de aspectos emocionales existentes en el grupo

familiar, aún no digeridos ni elaborados, que son inconscientemente desviados o desplazados hacia él.

El terapeuta es alguien externo al que inconscientemente se usa como contenedor de las emociones internas más conflictivas y difíciles de gestionar mentalmente:

La **culpa** que pueden sentir los padres (sea realista o habitualmente fantaseada) por el daño o dolor causado en el hijo, se puede proyectar intensa y masivamente al profesional en forma del daño que éste les está haciendo al provocarles tanto dolor y sufrimiento a ellos. Queda disociado del pensamiento de los progenitores el deseo de ayuda, de atención y de cura que mueve al profesional.

La **agresividad y juicio persecutorio** que emiten internamente estos padres hacia sí mismos o hacia el hijo (por no ser o alcanzar a ser como ellos esperaban o necesitaban, o por ser la causa de esta comprometida y dolorosa situación) se proyectan también al profesional de turno. Éste representa el papel externo de no ser ni actuar como desean o solicitan los padres (que en ocasiones plantean exigencias imposibles de realizar), y de ser el causante fantaseado del dolor y la tristeza que pueden interpretar como intencional y cruelmente infligida. La reacción de los padres frente a esa postura puede ser una actitud más defensiva aún, creando una atmósfera paranoide frente a la intervención que, según su interpretación, trataría de hacerles comulgar con algo inaceptable.

También se produce en ocasiones una alianza en tratar de no acercarse a la problemática real cuando el profesional percibe intensamente a los progenitores en un estado demasiado frágil, al mostrarse demasiado dolidos o vulnerables ante la realidad. Existe el riesgo de que acabe aliándose y colusionando en el juego defensivo de la negación, y que se erosionen así las posibilidades de afrontamiento emocional de la situación, y el duelo inherente a ella.

Por tanto, en el proceso de elaboración del duelo con que llegan a los centros de atención precoz, los progenitores harán uso de las diversas defensas secundarias en un sentido **defensivo**, y en ocasiones en un sentido **ofensivo** (proyectivo a través de la identificación proyectiva).

Usaran en ocasiones sus argumentos y su comunicación emocional con la finalidad de expulsión del sufrimiento y la ansiedad, encontrándonos con intensas comunicaciones u organizaciones de la relación terapéutica, como pueden ser:

1. Desacreditar al terapeuta o idealizarle (poniendo en él el peso insoportable de la responsabilidad y del temor al fracaso).
2. Culpabilizarle.
3. Hacerle sentir incompetente (proyectarle el sentimiento de tara).
4. Involucrarle más allá de lo profesional (pedir ser cuidados regresivamente en lugar de atendidos profesionalmente).

5. Pedir su colaboración defensiva.
6. Proponerle no verbalmente el pacto mutuo de asumir que hay cosas inaceptables de las que no se puede hablar.
7. Promover la colusión de favorecer un trabajo laxo (por debajo del tempo adecuado, y lejos del foco terapéutico).
8. Reclamar mayores prestaciones de las que les corresponden (tanto del terapeuta como del servicio, como compensación frente al sentimiento de injusticia).
9. Desacreditar la evolución del niño.
10. Contradecir y/o contrarrestar la línea seguida por el profesional.
11. Abandonarle (proyectándole los sentimientos de soledad, de rechazo, de desvinculación...).

Así es como la dinámica familiar acaba expresándose hacia el terapeuta y a través de él, promoviendo mediante la identificación proyectiva toda una serie de emociones relacionadas con un proceso que, de hecho, está en juego a nivel familiar.

De esta forma indirecta, a nivel de comunicación inconsciente, se pone a prueba la consistencia, sinceridad y disponibilidad mental del terapeuta. Éste va a recibir toda una serie de proyecciones inconscientes que, en función del tratamiento que les dé, acabaran por ser **comunicativas** (con posibilidad de elaboración y colaboración) o pasarán por ser **destructivas** (intolerables para los miembros de la alianza terapéutica y de difícil elaboración).

Es decir, estas comunicaciones pueden quedar ubicadas en un pensamiento creativo y una contención mutua a través del encuadre interno y externo terapéutico, o bien en un intercambio comunicativo destructivo que pasa por la acción y la proyección.

A la práctica encontramos este tipo de comunicaciones de una forma más sutil y difusa, menos discernible, salvo en los casos de mayor gravedad o de menor capacidad.

3.2.- Rasgos narcisistas y proceso de duelo

Los progenitores con rasgos narcisistas más llamativos pueden generar más ambivalencia y reacciones contratransferenciales por parte del profesional (que tratará de no actuarlas, sino de comprenderlas y digerirlas). Al ser un observador externo especializado, percibe más claramente los efectos perjudiciales de estas defensas del grupo familiar, que influyen en dirección opuesta al desarrollo y a los objetivos terapéuticos.

En estos casos, la erosión de las posibilidades de los hijos y el dolor de los progenitores es más evidente, más visible, con peor pronóstico. La capacidad de

cambio en estas circunstancias es menor, en paralelo a la capacidad de concienciar la realidad, quedando mermadas las posibilidades de aprovechar las intervenciones terapéuticas del profesional.

Esto nos deja expuestos, como terapeutas, al reto de tolerar la ineficacia de nuestro trabajo y nuestros esfuerzos (sensación similar a la que el grupo familiar vive). Habitualmente podemos quedar anclados en la exigencia (como compensación al sentimiento de ineficacia), sintiéndonos frustrados con más frecuencia que culpabilizados.

Podemos observar estas complicaciones en las ocasiones en que los progenitores se quejan muy prematuramente de la lentitud del proceso, cuestionan nuestro trabajo de forma continua, y en contraste siguen actuando en la dirección opuesta a la colaboración terapéutica. Los terapeutas quedamos así atrapados en el mecanismo de la identificación proyectiva por el que estos progenitores tratan de escapar al peso insostenible de su propia responsabilidad: las dificultades, el temor a la incapacidad y al fracaso, recaen sobre nosotros.

Nos sentimos poco contenidos por el grupo familiar, del mismo modo en que éste no puede contener la situación emocional por la que está atravesando.

4.- Conclusiones: Intervención terapéutica facilitadora de elaboración

En términos generales, diría que:

En aquellas situaciones similares a las expuestas aquí, donde la negación supone una dificultad en el progreso, nuestros esfuerzos pueden ir en la dirección de ofrecer a los progenitores, poco a poco, dentro del encuadre terapéutico (y de la asistencia interdisciplinaria en la red institucional), un espacio en el que puedan ser ellos los que se aproximen progresivamente a la toma de conciencia y la aceptación de la pérdida. El objetivo terapéutico es que el grupo familiar concientice y gestione esta barrera de protección acompañados por el terapeuta, para tratar de enfrentar la dura realidad de forma digerible y elaborable; el objetivo no puede ser el de forzarlos a salir prematuramente del sistema defensivo.

El profesional no puede hacerse cargo de la función del grupo familiar de acoger la realidad en su interior, pero puede mostrarles en el aquí y el ahora que una realidad así, aunque sea objetivamente dura, es soportable y sostenible por el grupo.

Se puede mostrar a través de la experiencia (como profesional y modelo de contención) que es posible acoger estas dificultades sin desbordarse, sin tratar de forzar el tempo, sin prisas, sin aliarse en el silencio y la opacidad,...

Así pues, una primera cuestión de gran importancia en la práctica clínica, es la **gestión emocional** que el profesional pueda realizar de estas proyecciones que

recibe de los padres: acogerlas o señalarlas, soportarlas sin sometimiento, digerirlas y poderlas trabajar en alianza terapéutica...

Influye parcialmente en el pronóstico el hecho de que el grupo familiar sienta que el terapeuta puede hacerse cargo de la contención y del intento siempre costoso de digestión de esos elementos difíciles de sostener. Y aún más allá, que puede hacerse cargo de las *consecuencias* reales y relacionales de éstos elementos fragmentados en propagación.

De hecho, una de nuestras funciones terapéuticas principales es la de que las familias vivan la experiencia de que es posible pensar en lo que sucede, que es posible contener esas intensas emociones. Y que, lejos de desorganizarnos (o al menos con capacidad de reorganización), los terapeutas tratamos de trabajar haciendo pensamiento donde hay acción, verbalizando las proyecciones, y promoviendo diferenciación donde predomina la confusión; es decir, ayudamos a *mentalizar las emociones* (Bion, 1966).

Como conclusiones a las reflexiones planteadas en este artículo, a continuación expongo algunas propuestas técnicas y reflexiones sobre el contexto terapéutico, que creo que pueden ser útiles a la hora de afrontar y pensar conjuntamente en este tipo de procesos:

- Estar predispuestos a poder entender la negación como un mecanismo defensivo, y no quedarnos en la superficie del aparente desconocimiento: la asistencia a un centro diagnóstico y de tratamiento precoz como son los CDIAPs ya es de por sí un signo de conciencia de las dificultades existentes. Incluso cuando la demanda explícita proviene de otros profesionales o instituciones, la asistencia sigue siendo comunicativa de los aspectos de preocupación y ansiedad por las dificultades del infante.
- Asumir el reto de comunicar un diagnóstico lo más claramente formulado posible: hemos de mantener la perspectiva de que los progenitores pueden recibir defensivamente esta información y oírla pero no escucharla. No debemos dejar de comunicarlo por temor a dañarles, ni insistir excesivamente en su verbalización por temor a que se asuma sólo parcialmente.
- Establecer un foco de trabajo bien delimitado. Éste debe incluir universalmente un **foco de trabajo secundario o latente** que sea el de la *atención precoz del duelo de los progenitores* (igual que sabemos que el foco de separación o de final tratamiento, es un aspecto universal de toda intervención terapéutica).

- Teniendo en cuenta la edad de atención en los CDIAPs, y la realidad palpable de los procesos familiares, creo que hemos de acercarnos cada vez más intensamente y con menos resistencias al *abordaje familiar* en la atención precoz. Los tratamientos individuales, como mínimo en algunos casos, pueden quedar limitados en el objetivo de favorecer cambios en la estructuración y procesos defensivos del grupo familiar.
- Como terapeutas asumimos una actitud de **acompañar** en el proceso de duelo, en contraposición a la evitación del afrontamiento (sería similar a la hipostimulación en las familias, que favorece dificultades regresivas) o a la imposición del proceso de duelo (similar a la excitación excesiva, que acaba llevando a situaciones de confusión y/o actuación).
- La interpretación de la defensa es útil realizarla con el soporte interpretativo de señalar la ansiedad subyacente, y de reconocer el sufrimiento o el dolor que implica la situación: favorece que no se perciban las interpretaciones críticas persecutorias, dando como comunicación de base que se entienden los motivos por los que existen estas defensas y promoviendo así el reto de reorganizar esta estructuración de una forma más adaptativa.
- Estar prevenidos a la probable expresión de sentimientos de injusticia e ira, esperables en la segunda fase del proceso de duelo. Esta reacción de los progenitores se identificará proyectiva y parcialmente al terapeuta: en ese momento es importante que los progenitores perciban al terapeuta lo bastante sólido como para sostener sus reproches, quejas o críticas, sin que esto represente una amenaza para el vínculo terapéutico. Hemos de poder diferenciar los aspectos de este momento del proceso que tienen que ver con una comunicación dinámica y de gestión interrelacional de las emociones, más que como ataques críticos y persecutorios hacia el terapeuta.
- A través de herramientas más psicoanalíticas, o más cognitivo-conductuales, una función esencial de la atención es la de ofrecer herramientas, pautas y consejos a los progenitores que favorezcan el aumento realista de la esperanza. Es decir, la confianza de poder enfrentar parcialmente las consecuencias del daño bio-psicológico del hijo y de tener cierta capacidad de gestión de la situación (función de generar esperanza; Meltzer y Harris, 1989).
- Respetar el tempo de cada grupo familiar, asumiendo de antemano el estilo particular de cada terapeuta.

- Sea a través del propio espacio terapéutico, o en colaboración con otros profesionales u otras instituciones, una herramienta de intervención y de prevención es promover el aumento del número y calidad de los **factores de protección**, en comparación con los **factores de riesgo** (De La Fuente, 2008).
- Entender la forma que muestre la familia de ubicarse respecto a la relación terapéutica como una **comunicación** de una organización emocional interna, que debe ser digerida y devuelta, mucho más que como un ataque que deteriore la *atmósfera terapéutica* convirtiéndola en *atmósfera persecutoria*. Trabajamos también con el objetivo de generar un espacio de mutua colaboración o *alianza terapéutica* que pueda contener el sufrimiento y que, con éste, se pueda avanzar en el desarrollo del duelo necesario para poder hacerse cargo de la realidad actual.

El profesional puede tener en cuenta estas reflexiones y propuestas, para diferenciar con creciente efectividad las dinámicas presentes en cada caso, y para desarrollar las herramientas con que afrontarlas.

Será la progresiva clarificación de las dinámicas internas (que inferiremos de la comunicación inconsciente y emocional de los progenitores) la que nos puede permitir seleccionar correctamente la estrategia a seguir como profesionales.

El objetivo general es no gastar los recursos terapéuticos en los aspectos del tratamiento que vayan a ser de eficacia limitada, sino gestionarlos adecuadamente para obtener *los mejores resultados posibles* de acuerdo a la cantidad limitada de tiempo de que disponemos para intervenir, y de acuerdo a limitada energía, espacio mental y capacidad de pensamiento de cada profesional para cada caso.

ARANGO, A.:

Transforming mourning: a new psychoanalytic perspective on the bereavement process:

Psychoanalysis and Contemporary Thoughts, 26: 427-462, 2003.

ASLAN, C.M.:

"Psicoanálisis del duelo":
Revista de Psicoanálisis 3,
705-725, 2003.

BALINT, M.:

La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión:
Ediciones Paidós, Col.
Psicología Profunda, Buenos Aires, 1979.

BION, W.R.:

Aprendiendo de la experiencia:

Editorial Paidós, Barcelona, 1966.

BION, W.R.:

Volviendo a pensar:

Ediciones Horme, Buenos Aires, 1972

BOWLBY, J.:

El vínculo afectivo:

Editorial Paidós, Buenos Aires, 1976

BOWLBY, J.:

La pérdida afectiva:

Ediciones Paidós, Barcelona, 1993.

BOWLBY, J.:

El apego:

Ediciones Paidós, Barcelona, 1998.

BRAZELTON, T.B. Y BERTRAND, G.C.:

La relación más temprana:
Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993

CODERCH, J.:

La Relación paciente – terapeuta: el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica:

Ediciones Paidós. Col. Temas de Salud Mental, Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona–Buenos Aires–Méjico, 2001

DAVIES, B., NEIMEYER, R.A., PRIGERSON, H.G.:

"Duelo y significado":

Revista de Psicoterapia Vol. XIII, 49: 5-24, 2002.

DE LA FUENTE, B.:

"Un enfoque preventivo en trastornos del desarrollo: trabajo clínico con lactantes":
Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 12: 51-59, 2008.

DEMERS, L.A.:

"Intergenerational grief: Who's mourning whom?": *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 1: 27-40, 1993

EMERY, E.:

"The ghost in the mother: strange attractors and impossible mourning": *The Psychoanalytic Review*, 89: 169-194, 2002.

FAJARDO, B.: "Parenting a damaged child – Mourning, regression, and disappointment":

The Psychoanalytic Review, 74: 19-42, 1987.

FERBER, S.G.:

"'With sorrow you will have sons': the constructive consequence of maternity blues": *The Psychoanalytic Review*, 93: 117-130, 2006.

FREIXAS, J.:

Psicopatología psicoanalítica. El model Freud – Abraham: Columna Edicions. Col. Monografies de Psicoanàlisi i Psicoterapia, Barcelona, 1997.

FREUD, S.:

Duelo y melancolía. Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV: Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.

FREUD, S.:

Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XX: Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.

GOMBEROFF, M., DE**GOMBEROFF, L.P.:**

"Autistic devices in small children in mourning": *The International Journal of Psychoanalysis*, 81: 907-920, 2000.

GRINBERG, L.:

"Sobre dos tipos de culpa: su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo": *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, 45: 59-72, 2005.

HAGMAN, G.:

"Chapter 12 Death of a selfobject: Toward a self psychology of the mourning process": *Progress in Self Psychology*, 11: 189-205, 1995.

KLEIN, M.:

Amor, culpa y reparación y otros trabajos: Ediciones Paidós, Barcelona, 1989,

KLEIN, M.:

Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa: Ediciones Horme, Buenos Aires, 1971.

LEVOBICI, S.:

El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces:
Ammorortu Editores, Buenos Aires, 1998.

LUSTIG DE FERRER, E.:

"El self y el proceso de duelo":
Revista de Psicoanálisis Vol. XX, nº 2.

MELTZER, D. Y HARRIS, M.:

El paper educatiu de la família: un model psicoanalític del procés d'aprenentatge:
Editorial Espaxs, Barcelona, 1989.

PACIUICK, S.:

"Duelos depresivos y duelos reparatorios":
Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 88: 90-111, 1998.

PÉREZ SÁNCHEZ, M.:

"Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis":
Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil, 4: 97-121, 1987.

SFORZA, M.G., TIZON, J.L.:

Días de duelo:
Alba Editorial, Barcelona, 2008.

SOLLARS, F.R.:

"Mourning, trauma, and working through":
The Psychoanalytic Review, 91: 201-219, 2004.

STEINER, J.:

"Organizaciones patológicas como obstáculos para el duelo: el rol de la culpa insoportable":
Libro Anual de Psicoanálisis, 1990: 59-66, 1991.

TIZÓN, J.:

Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia:
Ediciones Paidós, Barcelona, 2004, 2007.