

Propuesta de encuadre terapéutico para gemelos con T.E.A.

Sergio Martín Tarrasón

Psicòleg Psicoterapeuta del CDIAP del Maresme.

Resumen

En el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz del Maresme (CDIAP Maresme), recibimos en consulta a una familia con dos hijos gemelos que presentaban sintomatología compatible con los Trastornos del Espectro Autista (T.E.A.).

Para poder ofrecerles una atención ajustada a sus necesidades, organizamos un encuadre complejo basado en una idea sencilla, que diera respuesta a su idiosincrasia.

Les propusimos un tratamiento basado en dos niveles de intervención (familiar e individual), secuenciado en etapas y sujeto a reevaluación periódica. Hemos tratado de esquematizar al máximo la exposición de tal encuadre, omitiendo los detalles del caso clínico.

En este trabajo exponemos la organización de la fase diagnóstica y la organización de la fase de tratamiento, dedicando el apartado final de conclusiones a una evaluación crítica de algunas de las ventajas y desventajas con que nos hemos encontrado.

Esta experiencia ha resultado útil tanto para los terapeutas como para la familia atendida, y nos ha ofrecido la posibilidad de repensar nuestras herramientas de intervención. Éste es de ese tipo de casos que en ocasiones desbordan nuestras tendencias más ortodoxas o ancladas en la inercia.

Paraules clau

Gemelos, tratamiento, familia, encuadre, atención precoz, Trastorno del Espectro Autista.

Abstract

In our Child Development and Early Intervention Center in Maresme we received a consultation from a family with twins showing symptoms compatible with those of the Autism Spectrum Disorder (ASD). In order to offer the family the most adequate attention according to their needs we implemented a complex therapeutic setting based on the simple idea of meeting the idiosyncrasies of the case. Our proposition was a treatment plan based on two levels of intervention (family and individual) set in phases and subject to periodic reevaluation. Our intention here is to outline as best as possible an explanation of the treatment plan, omitting the clinical details of the case.

This article describes the organization of the diagnostic and treatment phases, dedicating the final part to conclusions and a critical evaluation of some of the advantages and disadvantages we ran into.

This experience was useful for both family and therapists and gave us the possibility to rethink some of our intervention methods. It is the type of case that appears sometimes to surpass our more stubbornly anchored or orthodox tendencies.

Key Words

Twins, treatment, family, setting, early attention, Autism Spectrum Disorders.

Introducción

En el CDIAP del Maresme (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) recibimos la consulta por parte de una familia con dos hijos gemelos que presentaban sintomatología compatible con los Trastornos del Espectro Autista (T.E.A.). A raíz de esta consulta poco habitual, nos esforzamos al máximo de nuestras posibilidades para organizar una propuesta de encuadre terapéutico que se ajustara a sus necesidades específicas. Les propusimos una **intervención en dos niveles: individual y familiar**.

Esta indicación implicó un esfuerzo del equipo en cuanto a organización, adaptación y capacidad de flexibilidad, para lograr sostener esta propuesta de encuadre de forma sólida y coherente. Creo que los resultados obtenidos, en términos de fiabilidad en el acompañamiento a la familia y confort en la asistencia terapéutica, son un argumento suficiente como para compartir esta experiencia.

Hasta entonces, nuestra tendencia como institución en la intervención en otros casos (gemelos, trillizos, etc.) tendía a una cierta desorganización, a una reestructuración del encuadre más o menos continuada, a ciertas confusiones técnicas en las propuestas de indicación basadas en las inercias institucionales, etc. De este modo, como terapeutas estábamos sobre aviso de un aspecto técnico de tonalidad organizacional: cuando llegan gemelos a consulta, nos pasa como a las familias... parece que excedan nuestras posibilidades, sobreexigiendo a nuestras capacidades y recursos, e implicando un factor de riesgo en nuestra intervención.

Nuestra idea inicial, a raíz de la propuesta de la coordinadora del CDIAP del Maresme Norte (Antonia Martínez), fue la de pararnos a pensar; dedicar un espacio de tiempo a organizar con calma un proceso de observaciones adecuado.

La continuidad de esta intención central diría que imprescindible de poner tiempo y pensamiento frente a los retos y las limitaciones propias, ha permanecido como base subyacente del proceso de estructuración del encuadre. Para tal cometido, además de la reflexión entre los terapeutas que hemos intervenido en el caso (Sergio Martín, Sabina Segarra y Meritxell Llorens), han

colaborado el Equipo de Psicólogos del CDIAP del Maresme, y sobre todo la muy clarificadora aportación de nuestro supervisor, el Dr. Guillem Salvador. Consensuamos esta estructura de encuadre que hemos intentado acomodar a la realidad de la familia y a las imperfecciones de la práctica asistencial (en este caso pública).

A continuación, omitiendo los datos del caso real, trataré de exponer lo más esquemáticamente posible todo lo concerniente a la estructuración del encuadre terapéutico: describiré la comparación entre la idea inicial de cómo organizar las observaciones, y las observaciones reales que finalmente pudimos realizar; detallaré esquemáticamente los dos niveles de intervención ya mencionados; y finalmente intentaré ofrecer los argumentos asistenciales implícitos en una intervención de este tipo, que conlleva cierto grado de complejidad.

Presupongo unos conocimientos de base acerca de la vida gemelar o las características específicas del desarrollo evolutivo dentro del hecho gemelar, para lo cual uno puede consultar una amplia diversidad de autores que han desarrollado trabajos al respecto (entre ellos: Lasser & Nordan, 1978; Dibble & Cohen, 1981; Schave & Ciriello, 1983; Berenstein, 1984; Athanassiou, 1986; Mendilaharsu, 1987; Cherro, 1988; Robin, Josse & Tourette, 1988; Dimitrovsky, 1989; Piontelli, 1989; Davison, 1992; Abrams & Neubauer, 1994; Axelrod, 1999; Grunberg, 1999; Oster, 1999; Braier, 2000; Perlman, 2001; Carling, 2003; Lewin, 2004; Sherkow, 2004; Milton, 2006; Magagna, 2007; Kalish-Weiss, 2008; Negri, 2011; y Trias, Ebeling & Moilanen, 2012).

Consulta y organización de las observaciones

Nuestro primer cometido fue el de organizar un proceso de observaciones adaptado a la idiosincrasia de esta familia, ajustándonos a su demanda de consulta para dos hermanos gemelos. Esto implicaba por un lado atender al grupo familiar y, por el otro, atender a las individualidades de cada hijo; es decir, no caer en el frecuente error cognitivo de tratar a los gemelos como un conjunto no divisible, como una confusa unidad-dual.

Tras la primera entrevista con los padres para recibir la demanda y hacer una mínima anamnesis, empezamos recibiendo al grupo familiar en una observación conjunta de progenitores e hijos con un sólo terapeuta. Al conocer a los hermanos en la interacción familiar (entre gemelos, con cada progenitor), nuestro propósito más inmediato era el de decidir la forma más adecuada de continuar con el proceso de observaciones.

A partir de las primeras conclusiones, decidimos iniciar las observaciones individuales, con diferente terapeuta para cada uno de los hermanos. Este fue un aspecto del encuadre importante: cómo organizar las observaciones desde la primera visita. La “tentación” inicial sería la de que un mismo terapeuta viera a los dos gemelos, generando una duda técnica que no encaramos en otros casos, y que implicaría más posibilidades de confusión y complicaciones posteriores. En este sentido, optamos por respetar la individualidad dentro de la diada gemelar y la necesidad de exclusividad inherente a ella.

Es decir, ya en el proceso diagnóstico estábamos estableciendo unas observaciones claramente organizadas en dos niveles (familiar e individual), y clarificábamos los espacios individuales al ser realizados por dos terapeutas distintos.

Con ello dábamos un primer mensaje a la familia: según nuestra opinión existían características particulares que requerían ser atendidas, y para ello necesitábamos hacer uso de un encuadre complejo pero coherente.

La continuidad de esta propuesta se plasmó respetando la misma idea de organización en las observaciones con la neuropediatra. La intención última era la de que ésta pudiera, por un lado, ampliar los datos de la anamnesis conjunta (embarazo, parto, historia familiar), y por el otro pudiera ampliar la historia clínica de cada niño con las exploraciones individualizadas. Con ello se separaban lo más claramente posible las particularidades de cada hermano, respetando y dando legitimidad a las experiencias e historia compartidas.

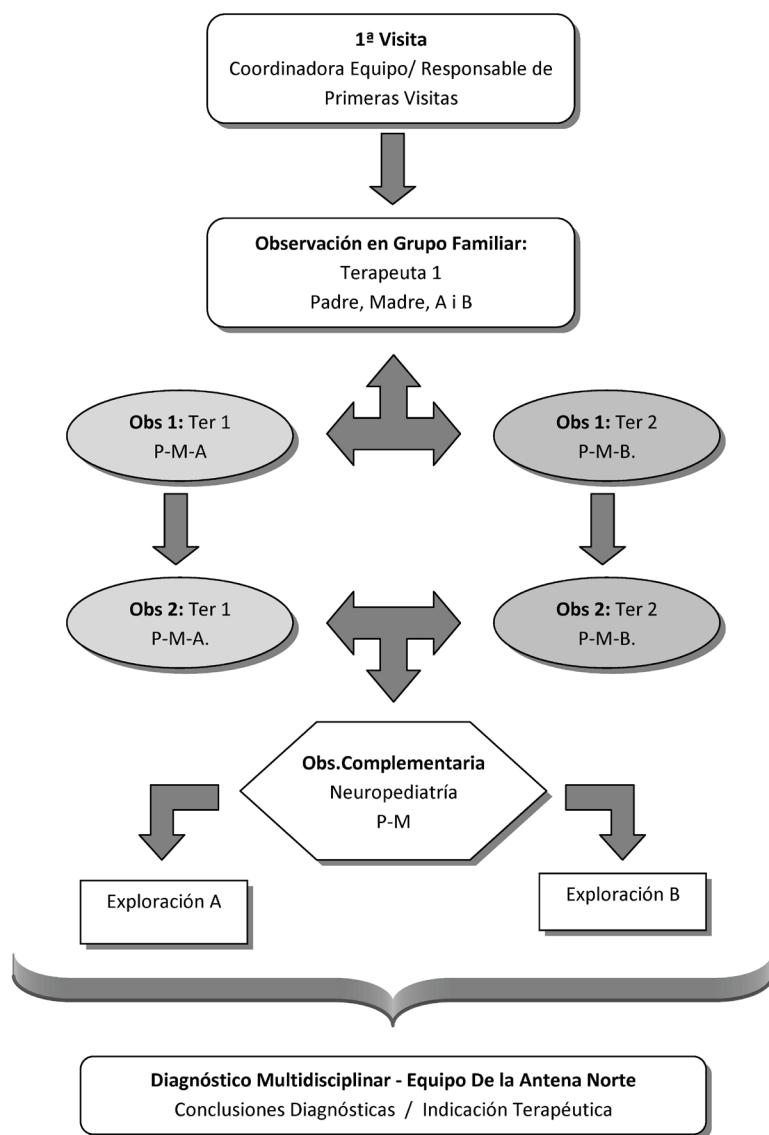
Esta clarificación, esta organización ya desde el principio en dos niveles y fases secuenciadas, colaboró no sólo a una mayor finura diagnóstica por parte de los profesionales, sino que también favoreció que los progenitores reflexionaran con más detalle en la individualidad de cada hijo; que observaran el funcionamiento de cada uno en un contexto relacional distinto de aquél en que se encontraban en el día a día.

A través del encuadre en el proceso diagnóstico, dábamos ya una idea de los retos asociados a la comprensión de las características de cada hermano, y proponíamos un esfuerzo conjunto en pro de una mayor objetividad y diferenciación.

Uno de los terrenos fértiles a la confusión que encontramos al pensar y atender a gemelos, es la tendencia endógena y exógena a la sobredimensión simbólica y cognitiva sobre la comunidad gemelar.

Así pues, teniendo en cuenta las posibilidades reales de nuestro centro de trabajo, nuestra organización razonada del proceso de observaciones idealmente seguiría la secuencia sintetizada en la figura 1.

Figura 1: estructuración inicial de las observaciones



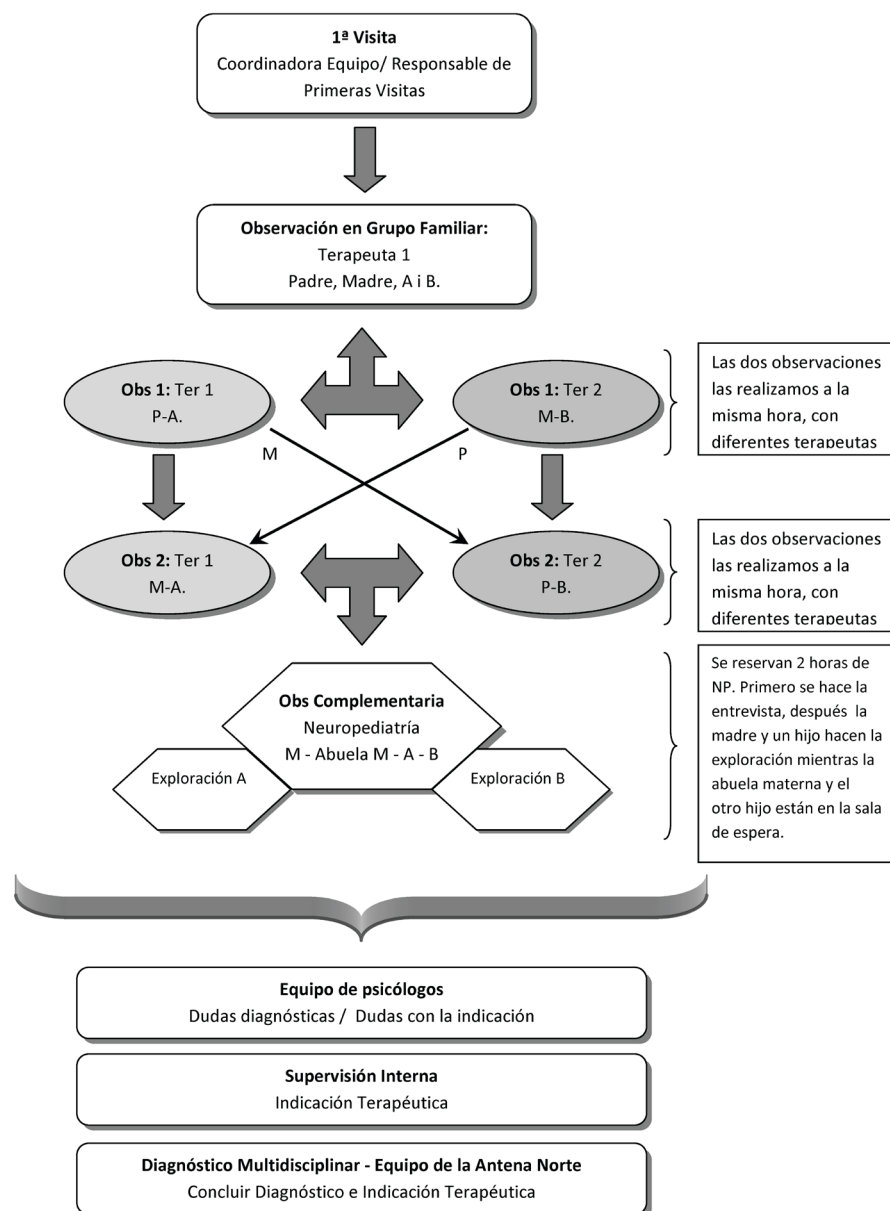
Tal y como aparece reflejado en el esquema, la intención era que idealmente realizaríamos las observaciones individuales de cada hermano acompañados por ambos progenitores.

Esta organización de los espacios diagnósticos individuales sigue el patrón de las observaciones que realizamos en el CDIAP regularmente. En este sentido, lo sensato sería organizar cada proceso de observación individual de modo similar al que se realice en cada institución.

En nuestro caso implicaron una dificultad: proponíamos a los progenitores una mayor cantidad de horas de observación, con necesidad de más organización, y por tanto con la necesidad de solicitar más ayudas externas al grupo familiar nuclear.

Finalmente, esta ideación inicial se fue ajustando a las posibilidades reales que tenía la familia por tiempo, horario laboral, disponibilidad de ambos progenitores, etc. El proceso real de observaciones que finalmente realizamos en este caso, muy similar a la propuesta inicial, se esquematiza en la figura 2.

Figura 2: estructuración real de las observaciones



Llegados a este momento del proceso, teníamos pocas dudas en cuanto a la conclusión diagnóstica. Sin embargo, manteníamos varias incógnitas en cuanto a la adecuación de la propuesta terapéutica a realizar. Para que ésta fuera lo bastante sólida y ajustada a las necesidades del caso, debíamos encarar su particularidad: hermanos gemelos con sintomatología compatible con los T.E.A. en edad precoz, es decir, con **riesgo de autismo**.

De acuerdo a nuestra experiencia como institución dispusimos de un consenso unánime tanto en el Equipo de Psicólogos como en el Equipo Diagnóstico del CDIAP del Maresme Norte, de que el caso requería repensar adecuadamente nuestro modo de intervención.

Necesitábamos atender a la familia, a los progenitores como pareja parental, y también a la individualidad de cada niño. Estábamos de acuerdo en que los espacios individuales debían ser realizados por terapeutas distintos (una evidencia técnica), y que éstos implicaran vinculaciones estables, con los menos imprevistos posibles.

Nuestra intención era la de **promover un cambio en las dinámicas del grupo familiar**; crear un espacio terapéutico en que se pusieran sobre la mesa las dificultades reales, y también las potencialidades, las capacidades, los índices de buen pronóstico. Nuestro objetivo terapéutico central era el de acoger a un grupo familiar dañado por dos diagnósticos de gravedad recibidos al mismo tiempo, y proponerles un cambio en la historia familiar en curso: desde la desesperanza y la indefensión, hacia **la esperanza realista y la gestión**.

Nuestras dudas respecto a la indicación giraban en torno a quién y cómo podía acompañarles. La base sobre la que nos apoyábamos era el reconocimiento de que era prioritario no perder la intervención individual. Pero, ¿si había dos terapeutas (interviniendo uno con cada hermano), cuál hablaría con los progenitores? ¿Uno de los terapeutas, como referente, pero con menos información de uno de los hijos? ¿Los dos por separado, con el riesgo a que se generaran confusiones en la comunicación con las que los progenitores tendrían que lidiar a pesar de su angustiante situación? ¿Los dos juntos, comunicando en una sesión de a cuatro, dos terapeutas y dos progenitores, asumiendo la complejidad de este tipo de encuentros y las inevitables mermas en la comunicación? ¿Proponíamos sesiones conjuntas en paralelo a las

individuales? ¿Estas sesiones conjuntas podrían condicionar la dinámica de vinculación con el servicio u otros terapeutas? ¿Estas sesiones serían meramente informativas del curso de los tratamientos individuales o implicarían algún objetivo terapéutico de mayor envergadura?

Existía la posibilidad, digamos parcial, de indicar tan sólo los tratamientos individuales para los hijos. Nosotros no contemplamos esta opción. Con ello perdíamos la posibilidad claramente beneficiosa de atender a los progenitores en un momento de tanta carga emocional, con la oportunidad de ayuda que les podemos ofrecer, y con la pérdida de todo el valioso y único conocimiento que cada progenitor posee acerca de sus hijos. Las grandes áreas de vinculación generadoras de cambio son: el hogar y la familia, la escuela y, en último término, los espacios terapéuticos. Atendiendo a los progenitores, nos aliamos con el principal motor de cambio, progreso y desarrollo con que contamos en Atención Precoz.

Dudamos también sobre la posibilidad de organizar solamente un Tratamiento de Grupo Familiar de alta frecuencia, para que fueran acompañados por un solo terapeuta. Los progenitores e hijos irían recibiendo así acompañamiento terapéutico y aumentarían las herramientas a través de las explicaciones y el modelaje del terapeuta hacia el grupo familiar. Esta opción implicaba la pérdida de los espacios individuales, diría que imprescindibles para los niños con este tipo de dificultades en torno a la comunicación, la relación, el desarrollo de la representación emocional y la capacidad simbólica, etc.

Si se iniciaba un trabajo en grupo, podría ser con la expectativa de pasar en algún momento no preestablecido a un formato individual. Esta vía implicaba lidiar con la incertidumbre de estar sobreentendiendo la continuidad del caso, y que el paso posterior a un espacio individual podría romper la vinculación de ambos niños con el terapeuta del grupo, y el acompañamiento de los progenitores en cada sesión. Si se pasaba más tarde a unos espacios individuales, ¿debería ser con dos terapeutas diferentes al que ya los atendía? Si no era así, ¿con qué criterio se elegiría al niño que continuaría con el terapeuta que se encargaba del espacio de grupo?

Una última posibilidad era lanzarnos a un aparentemente demasiado vago e inestable sistema de flexibilidad absoluta en el encuadre. En él, el tera-

apeuta que asumiera el caso podría decidir combinar diferentes modalidades asistenciales: recibéndolos en espacios individuales, alternando con sesiones en grupo familiar, algunas sólo con los progenitores... El encuadre se modularía según las necesidades y posibilidades del servicio, y según las necesidades y posibilidades del grupo familiar. Quizás éste fuera un encuadre apto para terapeutas con mayor experiencia, con más recursos técnicos, y con mayor serenidad en la asistencia terapéutica, que les permitiera mantenerse firmes y estables sin perder el rumbo en un encuadre tan cambiante, y sin dejar que la familia perdiera el suyo.

Llegados a esta encrucijada, tuvimos la posibilidad de recibir asesoramiento técnico en nuestro espacio de Supervisión Interna con el Dr. Guillem Salvador (fundador del CDIAP Maresme, psiquiatra infantil, supervisor de varios servicios, y referente estatal como Terapeuta de Familia). En este espacio pudimos consensuar que nuestra propuesta de observaciones había sido suficientemente sensata y acorde a nuestras posibilidades como CDIAP.

Sabemos que los gemelos muestran una intensa tendencia a sobresimbolizar la relación entre ellos, decantando el equilibrio respecto a la vinculación con el exterior. Estudios como los de Schave y Ciriello (1983), en que se describen seis tipologías de gemelaridad, ponen de manifiesto la mutua interdependencia entre los gemelos en la estructuración de ansiedades, sistemas defensivos, estilos de personalidad y sentido de identidad.

Junto a esta característica asumíamos que, a pesar de la gravedad, conocer la sintomatología no debía nublarnos la perspectiva. A pesar de las connotaciones biológicas y prenatales, y de las dificultades específicas entorno a la comunicación y el lenguaje, debemos tratar de conocer cuál es el organizador de significados en la convivencia; cuál es el organizador de la interacción en el vínculo gemelar y familiar.

Al igual que en todos los casos que atendemos, debemos generar nuestras propias hipótesis. Debemos preguntarnos acerca del por qué, en los casos compatibles con el Trastorno del Espectro Autista (T.E.A.), aparecen estas dificultades entorno al vínculo, el lenguaje, y la serie de intereses particulares.

Propuesta de encuadre para el tratamiento

A la hora de organizar cualquier espacio psicoterapéutico un objetivo central es el de recuperar o promover la esperanza.

Para las familias atendidas en el CDIAP la acumulación de experiencias que generan sufrimiento, culpas subjetivas confusas, e indefensión frente a las dificultades, facilita que consulten al servicio con un monto considerable de desesperanza, y una tonalidad más o menos melancólica en la convivencia (Martin, 2010).

Nuestra función terapéutica implica acompañarles en una toma de conciencia realista de las dificultades que presentan los hijos, y de las características psicopatológicas y pronósticas implícitas en el diagnóstico. En este sentido, el grupo familiar necesita esperanza frente a la tentación de claudicar: claudicar en el vínculo, claudicar en el esfuerzo, claudicar frente a las dificultades. Esperanza que puede refundarse a través del sentirse ayudados auténticamente, sinceramente.

Nuestro objetivo base ha de ser el de ofrecer un encuadre coherente y sensato que agrupe las diferentes líneas de intervención en juego; un encuadre sólido en que puedan sentirse acogidos, acompañados, guiados, y en síntesis, sostenidos.

En el caso que nos ocupa, para organizar una indicación de estas características, la propuesta base que concluimos fue la de combinar los dos niveles de intervención dentro del mismo encuadre: el **nivel familiar** y el **nivel individual**. En realidad, con esta decisión seguíamos la lógica y el “espíritu” asistencial del proceso diagnóstico que habíamos realizado.

Descripción de niveles y funciones

Un **nivel familiar** de intervención, en paralelo y alineado con la psicopatología de los niños, porque es el grupo primario, la experiencia grupal básica (Salvador, 2009), la que ha de aportarles mayor crecimiento. Debemos atender a los progenitores; afectados por otras variables y contenidos mentales que no

son sólo las dificultades de crecimiento y desarrollo de estos hijos. Podemos construir espacio para la pareja parental que integre ambas individualidades y que asuma la perspectiva del grupo familiar. Podemos ofrecer un espacio de trabajo terapéutico en que nombrar y dar expresión a aspectos de la historia familiar implicados en el desarrollo de cada miembro del grupo.

Un **nivel individual** de intervención, en que ambos hermanos reciban los beneficios del tratamiento psicoterapéutico, organizado secuencialmente y programado en objetivos claros, que les ayude en sus necesidades evolutivas. Dado el diagnóstico ya comentado más arriba, uno puede deducir parte de las características y objetivos básicos de estos tratamientos. Esperamos que estos espacios se ajusten a sus potencialidades reales: que brinden una experiencia terapéutica suficientemente buena que implique un contexto de vinculación distinto. En este caso, ofrecemos además una oportunidad de modelaje variado y enriquecedor para los progenitores, cuando éstos asisten a las sesiones de cada uno de sus dos hijos.

Cuando en Atención Precoz nos decantamos por un Tratamiento de Grupo Familiar, somos conscientes que tomando esta decisión perdemos algunas de las valiosas posibilidades que implican los tratamientos individuales. Y viceversa: cuando optamos por un Tratamiento Individual, deberíamos ser muy conscientes (quizás mucho más conscientes en Atención Precoz) de la pérdida de algunas de las valiosas posibilidades que ofrecen los Tratamientos de Grupo Familiar.

Una propuesta que finalmente consideramos razonable, siguiendo nuestras posibilidades de frecuencia asistencial, fue la de que en una primera etapa del tratamiento un psicólogo del equipo, en funciones de **Terapeuta de Familia**, realizara un trabajo breve con los cuatro miembros del grupo familiar. Este espacio constaría de entre ocho y diez sesiones, acotadas en el tiempo y en los objetivos, con el compromiso claro de ambas partes de que al finalizarlas se iniciaría el trabajo individual con cada niño. El terapeuta que asumiera el trabajo familiar quedaría entonces como referente para la familia y para las terapeutas.

De entre sus cometidos destacarían el de acompañar en la observancia y seguimiento de los tratamientos, manteniendo el espacio mensual para los

progenitores. El Terapeuta de Familia sería informado de la evolución de ambos hermanos, pudiendo observar a los niños periódicamente en sus tratamientos individuales, y disponiendo de espacios para coordinarse con las diferentes terapeutas. El Terapeuta de Familia sería un tercero que aglutina las dos visiones individuales, atenuando esfuerzo a las terapeutas individuales.

Este terapeuta referente, se haría cargo de centralizar inicialmente la comunicación interinstitucional: coordinación con la escuela para hablar de ambos hermanos, para colaborar en la organización de las ayudas a la maestra titular y el equipo del centro; coordinación con el E.A.P. de la zona (Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico) y elaboración de los informes diagnósticos diferenciados, para que la familia pueda solicitar la activación de recursos; gestión centralizada de los recursos internos del CDIAP disponibles cuando se requiere a lo largo de un tratamiento (neuropediatría, trabajo social, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, etc.).

Secuenciación del tratamiento

La organización del encuadre que nos proponemos para cada caso, en términos generales, debe dar respuesta a la consulta que se nos realiza. Una propuesta de encuadre de tratamiento debe ser, por tanto, una con la que nos podamos poner de acuerdo los terapeutas y las familias en aquello que es central, en aquellos objetivos terapéuticos que son prioritarios.

En la propuesta que aquí nos ocupa, iniciamos el tratamiento realizando una serie de tres o cuatro entrevistas con los progenitores a solas para repensar el desarrollo de los niños, el papel de la historia previa del grupo familiar, tratando de poner los episodios traumáticos sobre la mesa de forma no persecutoria. Un cometido central es el de contextualizar el “ahora” en la construcción del vínculo previa al nacimiento. Como ya indiqué en un trabajo anterior (Martín, 2012): *Organizamos unas primeras sesiones sólo con los progenitores para ofrecerles una devolución más extensa, iniciando con calma el proceso de elaboración del diagnóstico y la incertidumbre asociada. Esto nos permitió explicar adecuadamente la indicación y la forma en que trabajaríamos y, finalmente, explorar con más detalle la anamnesis de la familia extensa (aspecto*

que suele ser deficitario en las primeras entrevistas estándar). Explorar esta red de relaciones más extensa, explorar la historia y, por tanto, la identidad del grupo familiar, no sólo nos da una muy valiosa información para comprender las dinámicas del grupo familiar nuclear, de aquello que condiciona el vínculo y lo enmarca, sino que también da un mensaje muy claro a los progenitores acerca de qué es aquello en lo que nosotros estamos interesados; queremos conocer los cimientos que sostienen y conforman la experiencia grupal básica.

Para detallar gráficamente las características de la intervención que finalmente ofrecemos a este grupo familiar, valga el siguiente esquema simplificado (Figura 3).

Este es un error cognitivo, digamos natural, que lleva a familiares y terapeutas a otorgar significados claramente asimilados a ambos o claramente disociados en cada uno; y sin embargo, también permite un aspecto sano de reconocimiento de la individualidad de cada uno respecto al otro, permitiendo establecer un sentido de identidad estable dentro de la díada gemelar.

Nuestra intervención en esta red de significación se haría necesaria si aparecen confusiones groseras, si encontramos intensas identificaciones proyectivas con escasos cimientos en la realidad. Nuestro objetivo, más allá de confirmar o desmentir tales intentos de comprender y organizar el vínculo con los hijos, es el de tratar de que las familias sean conscientes de que estas tendencias existen, y de que han de asumir la gestión de estos significados para que no dificulten la vinculación y no interfieran en el proceso de desarrollo y construcción de la identidad de los niños.

En una situación como el caso que nos ocupa, la existencia de mucho sufrimiento y preocupación por parte de los progenitores, y los temores asociados a cierto grado de desconocimiento, suele ser un terreno fértil a la aparición de este tipo de disociaciones. Un objetivo inicial fue, por tanto, acompañarles en la creciente comprensión del significado de las diferencias y similitudes entre ambos hermanos. Pudimos ayudarles a pasar de una óptica de *aspectos buenos vs. aspectos malos*, a otra de *estilos de personalidad + significados evolutivos*.

El hecho de que la duración de este primer período del encuadre estuviera acotada permitió a los progenitores, al Terapeuta de Familia y a las terapeutas individuales, sostener mejor las ansiedades asociadas a la espera de los espacios individuales. Conocer desde el principio el momento de inicio de los espacios individuales representa para todos un elemento significativo del encuadre, sirviendo como herramienta de contención de la ansiedad. Ejerce de **factor de protección**: promueve la continuidad, ayuda a sopesar las pérdidas asociadas al fin del espacio familiar exclusivo, organiza la complejidad de la vinculación terapéutica a tres bandas dando tiempo a la preconfiguración de las tendencias proyectivas y depositarias y su manifestación, etc.

Llegado el día pactado, iniciamos los espacios individuales. Nos organizamos para que ambas terapeutas individuales ofrecieran la misma hora de

atención, de modo que ambos hermanos fueron atendidos el mismo día de la semana y a la misma hora.

Realizando este esfuerzo, se facilita la asistencia del grupo familiar en pleno cuando atendemos a dos o más hermanos de una misma familia. Organizar así las agendas, con tiempo, facilita que los progenitores puedan organizar las suyas haciendo posible la asistencia y, por tanto, la viabilidad real de los espacios terapéuticos individuales.

En un primer período de esta segunda fase del tratamiento organizamos las sesiones de modo que los progenitores pudieran entrar a cada espacio individual, y que participaran en ellos (a veces de forma más activa, a veces más como acompañantes del hijo). Esta propuesta permitió realizar una adaptación progresiva para estos niños, de modo que pudieron familiarizarse con el espacio (ya sin el respectivo hermano) y con la nueva terapeuta (diferente del Terapeuta Familiar), pero con el acompañamiento facilitador del padre o de la madre.

En esta estructura de asistencia, tuvimos que decidir si los progenitores iban a acompañar siempre al mismo niño o si lo harían alternativamente. Dispusimos (y pactamos con ellos) que el progenitor que entrara en cada sesión fuera rotando. De este modo ambos progenitores tenían su propia experiencia en los dos espacios individuales, y cada niño acudía a sus sesiones individuales acompañado un día por el padre, el otro por la madre.

Cruzar a los progenitores nos permite observar las diferentes interacciones progenitor-hijo, y les permite a ellos realizar distintos modelajes terapeuta-progenitor; amplía la información de que disponemos y ofrece un mayor abanico de aprendizajes; promueve una visión conjunta del desarrollo de cada niño, sin que se adjudique más responsabilidad a un progenitor que a otro respecto a cada hijo en la estructura del encuadre. En síntesis, nos permite disponer de más oportunidades terapéuticas. Pero añade un factor de complejidad en la asistencia que trataré de detallar más adelante: establecer una vinculación de los progenitores en tres espacios distintos implica un factor de estrés inherente a este encuadre que requiere de una gestión adecuada, sobre todo en términos de comunicación interna entre terapeutas. Esto implica la necesidad de establecer una comunicación sólida y regular

entre profesionales, y diferenciar claramente entre los diferentes espacios, objetivos y funciones.

A partir de la tercera y cuarta visita individual iniciamos las observaciones: a la sesión individual de cada niño asistió el Terapeuta de Familia como observador no participante, tratando de ser lo más escrupuloso posible en cuanto a la no intervención en la dinámica y curso de la sesión.

El Terapeuta de Familia acudió a las sesiones, prestó atención a la intervención de las terapeutas, a la reacción de los progenitores, y observó el momento real de cada niño en el sentido evolutivo y en el sentido de acomodación al proceso terapéutico. Esto le permitió, entre otras cosas, sostener el vínculo con el grupo al que tan intensamente había conocido en las primeras visitas. Le dio información de primera mano, y la posibilidad de complementar la opinión y la experiencia de las terapeutas acerca de la realidad asistencial y del significado de las reacciones de cada niño.

Experiencia en el tratamiento

En lugar de simplificar excesivamente, y acabar escindiendo el tratamiento, este tránsito progresivo desde la primera fase familiar hasta la fase de tratamientos individuales, ofrece a la familia y a los profesionales cierto margen de seguridad. El encuadre implica así un elemento tranquilizador, un factor de protección añadido: un grupo de terapeutas colabora conjuntamente en diálogo interno y en interacción visible, para tratar de acompañarles al máximo de sus posibilidades de intervención.

Resalta como un elemento de desajuste la dificultad que representa para los progenitores el adaptarse a la diferente vinculación con el Terapeuta de Familia según el contexto. Ésta va desde la sesión familiar donde se muestra abiertamente comunicativo, hasta las sesiones individuales en que se mantiene como observador. Siendo así, si no se comunican adecuadamente los objetivos y el significado de una observación de la sesión de tratamiento de otro terapeuta, se pueden sentir parcialmente excluidos o no atendidos. Explicar claramente cómo funcionarán las sesiones, la forma en que se dará la comu-

nicación, la estructuración de los roles dentro de la visita, permitirá que éstos puedan vivir la experiencia con menos fantasías confusas, y más ajustados a la situación real en que trabajaremos.

Entendemos que las características centrales de los espacios de tratamiento individual siguen una dinámica estandarizada, similar a cualquier otro tratamiento individual que realizamos en nuestro centro en cuanto a vinculación, objetivos, y desarrollo de las herramientas terapéuticas habituales. Pero añadimos a ellos una complejidad inherente al encuadre que proponemos. Así pues, desde el punto de vista de las terapeutas individuales, este tipo de organización implica algunos factores de exigencia, unos estresores identificables:

- En primer lugar, proponemos un período inicial en que han de asumir una situación de espera y de temporal exclusión. Durante este tiempo deben sostener los deseos de intervención y ayuda, y aún y así llegar a estar emocionalmente disponibles para el inicio de los tratamientos individuales; esta circunstancia exige una gestión añadida a la práctica habitual.
- Un segundo estresor identificable para las terapeutas serían las observaciones por parte del Terapeuta de Familia. Es un hecho evidente que recibir a los progenitores en sesión nos expone más a los profesionales (más que en las muy resguardadas sesiones a solas con el niño), y pone a prueba la solidez de nuestro encuadre interno y la contención de las propias ansiedades. Se añade en esta propuesta de tratamiento que ya muy pronto entra un compañero como observador. Esto implica un esfuerzo de adaptación por parte del grupo familiar, y por supuesto un esfuerzo de adaptación por parte de las terapeutas. El reto será el de poder asimilar esta presencia no como un obstáculo o un distorsionador del nuevo vínculo terapéutico en formación, sino como un acompañante que aporte confianza recíproca.
- Un tercer estresor, quizás el más claro, serían las dificultades respecto a la comunicación entre terapeutas, y los significados atribui-

dos a las dinámicas que se establezcan en esta tríada que se vincula con el grupo familiar. Por ello sería recomendable que los tres terapeutas que intervienen pudieran disponer de espacios formales en que dialogar, ir resituando los objetivos compartidos y disipar las ansiedades confusas que se puedan generar. Tomar decisiones entre tres implica una dificultad añadida. Una comunicación suficientemente organizada sin duda contribuirá a hacer de esta experiencia conjunta una oportunidad de mayor conocimiento, y hará más viable la compatibilidad de ambos niveles de intervención. En este sentido, el grado de confianza preexistente entre los terapeutas y la relación respetuosa de cada uno con el estilo personal del otro y sus características específicas, me parecen condición *sine qua non* para poder encarar este tipo de encuadre con garantías. En caso de no contar con este tipo de relación profesional suficientemente buena, bien haríamos en replantear el tipo encuadre a uno más simplificado que no confunda más a la familia, ni acabe generando dificultades entre compañeros que intervienen en el mismo grupo familiar.

Así pues, tanto el Terapeuta de Familia como las terapeutas individuales necesitaron tiempo para irse organizando en el significado real de esta diferenciación en dos niveles de intervención.

Poco a poco, las observaciones por parte del Terapeuta de Familia se fueron distanciando, y una vez que los espacios individuales estuvieron más asentados, tanto para la familia como para los terapeutas, finalizamos las observaciones. Mantuvimos las visitas mensuales con los progenitores, los encuentros con cada terapeuta individual, los encuentros formales que se pactaron por el grupo de tres terapeutas, etc.

La intervención del Terapeuta de Familia quedó ubicada así como referente para la familia y las terapeutas, asumiendo la gestión de la comunicación interinstitucional, centralizando la gestión, y asumiendo ciertas funciones de tutorización desde un punto de vista de tercero con perspectiva de grupo familiar, de referente para hablar de las cosas, que no se mete, que no interfiere en las dos experiencias subjetivas e individuales.

Quizás sería preferible, en este sentido, que las coordinaciones externas las centralizara el Terapeuta de Familia para no gastar excesivo tiempo de atención desde la muy exigida atención pública; es decir, que el Terapeuta de Familia haga de coordinador de la comunicación, que haga de portavoz de las terapeutas. El uso sensato del tiempo de atención dedicado a este tipo de casos, es un elemento central de la gestión a realizar por parte de los equipos de atención precoz, para hacer sostenibles y por tanto válidos este tipo de encuadres.

Añadiría también que, al igual que en otros encuadres de tratamiento para niños con sintomatología compatible con los T.E.A., en los espacios individuales los hijos irán pasando gradualmente de ser acompañados por los progenitores al principio de tratamiento, a que finalmente entren solos. Desde el punto de vista de la edad de intervención en Atención Precoz, más aún interviniendo en casos con diagnósticos de T.E.A., puede llegar a ser iatrogénico el obligar a una muy ansiógena y prematura separación de los progenitores, apoyados en distintas argumentaciones teóricas y técnicas. Frecuentemente, y siguiendo el sentido común, iniciamos los tratamientos con el grupo familiar o con un progenitor que acompaña al niño, para progresivamente ir reorganizando los espacios a formalmente individuales, donde cuando el niño está preparado lo recibimos a solas, en un formato digamos más ortodoxo.

En síntesis, el objetivo es generar cambios progresivos y asumibles, que conduzcan desde el nivel familiar al individual, y del acompañamiento intensivo a los tratamientos más cargados de autonomía.

Fue en las sesiones con la pareja parental donde establecimos el foco de atención en la familia, donde pudimos reunir las experiencias individuales y contextualizarlas en el seno del grupo familiar nuclear. Combinamos ambos puntos de vista. Sin promover zonas de confusión, tratamos de mantener una perspectiva más amplia en que atender a otros de los aspectos centrales que se dieron en la familia, la convivencia, la interacción, la comprensión de los recursos defensivos organizados entre ambos hermanos, las tendencias de cada progenitor... ampliamos así nuestro campo de intervención en una dirección terapéuticamente útil. Atendimos también a aquellas complejidades que habitan en el hecho gemelar; atendimos a la comprensión de los significados y

vinculaciones que se dan entre ellos. Asistimos al reto diferenciado que suponía para estos progenitores el monto de ansiedad asociada no a uno sino a dos diagnósticos simultáneos, con la evidencia de cierta carga biológica, con el comprensible efecto de una historia familiar común, pero también con estilos de vinculación diferenciada. Pudimos, por ejemplo, asistir al hecho de que los progenitores iban identificando las diferentes tendencias caracteriales de cada hijo aparte de las dificultades que mostraban en la órbita T.E.A.

En cualquier caso, la convicción unánime del equipo de terapeutas que intervenimos es que este tipo de encuadre clarifica y simplifica los espacios individuales y el espacio familiar, protegiendo a unos y a otros de las confusiones con que habitualmente convivimos entre el mundo adulto y el mundo infantil, y las interferencias que se producen cuando el mismo terapeuta atiende a unos y a otros. De este modo, podemos trabajar más finamente con los hijos, y podemos atender más ajustadamente a los progenitores.

Por otra parte, se hace más necesaria la comunicación fluida entre terapeutas, para contener la sensación de pérdida o los temores de exclusión: si no recibe una información clara, la familia puede echar de menos las entrevistas con las terapeutas individuales prematuramente, y las terapeutas pueden perder información necesaria de la familia para contextualizar algunos contenidos que aparecen en los espacios individuales.

Otro elemento de facilitación, es el hecho de que cada gemelo, además de disponer de su espacio de exclusividad con su terapeuta individual, va siendo consciente de que a la misma hora, en un despacho cercano, con otra terapeuta en exclusividad, su hermano está siendo atendido. La indiferenciación, la culpa temerosa, la rivalidad sobredimensionada... quedan parcialmente atenuadas y contenidas por el encuadre que protege de estas confusiones inherentes al hecho gemelar, y en este sentido implica un facilitador para ambos hermanos, gestionando con herramientas adultas las confusiones infantiles.

La complejidad de esta diferenciación en dos niveles y el esfuerzo terapéutico que representa, hacen que éste al igual que otro tipo de tratamientos esté sujeto a una constante revisión y necesidad de ajustar al máximo los esfuerzos realizados, tanto por la familia como desde el centro.

Creo que este trabajo familiar puede ser lo bastante útil como para que

nos esforcemos en mantener su continuidad y defendamos su uso para casos similares. Sin embargo, su extensión debería asentarse en criterios de sentido común. Es decir, no obligaría a familia y terapeutas a soportar la figura del Terapeuta de Familia que con el tiempo haya dejado de ser necesaria. Tampoco tendría prisas en tratar de ceder en el protagonismo o delegar la responsabilidad. Al igual que otros espacios terapéuticos, el criterio que me parece sensato es el de ir evaluando la utilidad día a día, y afrontar lo más serenamente posible la evolución de este nivel familiar desde la máxima utilidad inicial, hasta la progresiva escasez de necesidad con que llegamos a la disolución natural de estos espacios.

En tratamientos psicodinámicos, más concretamente en estas aplicaciones clínicas del psicoanálisis, vamos percibiendo el buen progreso y los resultados de los esfuerzos ya realizados cuando las sesiones progresivamente van dejando de ser útiles.

Acabar esta diferenciación de niveles progresivamente, distanciando las sesiones, pactando un final acordado, dependerá de cada caso y del estilo de cada terapeuta o grupo de terapeutas, y siempre estará en función de las necesidades del caso clínico.

Conclusiones

La propuesta de encuadre que organizamos para este caso me parece válida para la intervención con hermanos gemelos, con diagnóstico de T.E.A. o sin él, y podría ser válida incluso para cuando atendemos a hermanos no gemelos en el mismo centro y los recibimos simultáneamente. Como en el resto de ocasiones, el ir acumulando experiencia en este tipo de intervención nos dará la respuesta de hasta qué punto nos resulta útil este tipo de organización de los tratamientos, en qué casos se ajusta adecuadamente a las necesidades clínicas, y qué posibilidades tenemos como equipo de asumir este tipo de retos asistenciales.

Mi intención al darlo a conocer como una propuesta que considero válida, e incluso exitosa en nuestra experiencia, no excluye que hayamos encontrado dificultades y confusiones inesperadas a lo largo de la intervención, de las que hemos tenido que hacernos cargo.

El encarar cambios en nuestra estructura de trabajo conocida, en nuestra “zona de confort” terapéutica, implica resistencias. Como terapeutas estamos no sólo acostumbrados a la más estricta intimidad en nuestra intervención, sino que además basamos en ella buena parte de nuestra seguridad y fiabilidad asistencial. En ocasiones, tras esta escrupulosa confidencialidad, se esconde una cierta laxitud, sistemas defensivos que van en contra del esfuerzo o la profundización, y a fin de cuenta tendencias más o menos inconscientes que van en contra de los objetivos de trabajo. En la intimidad de los espacios terapéuticos, cada terapeuta conoce sus propias resistencias (o al menos más le valdría conocerlas). Así pues, parece razonable que este tipo de intervenciones no estén exentas de resistencias a ponerlas en práctica.

Nos encontramos también que al tratarse de un encuadre con tres espacios terapéuticos diferenciados, con tres terapeutas con los que vincularse, estamos estableciendo un tipo de organización que propone una plausible comparación entre terapeutas (por ejemplo, según las diferencias en el desarrollo de cada hijo). El tipo de vinculación que realizará la familia, cada miembro, dependerá como siempre de las identificaciones proyectivas que enlazan y dan forma al vínculo, y de la gestión que podamos hacer en la comunicación. Nuestro cometido será el de favorecer la clarificación, no dejarnos llevar por identificaciones confusas, proponer significados que aporten progreso, y diríamos que higienizar espacios. El objetivo es que cada terapeuta se encargue de su cometido sin interferir en otros espacios, ni dejarse interferir por demandas de origen más emocional que racional.

El encuadre, coherente con los objetivos, da tranquilidad a la familia que atendemos, pero hemos de ser conscientes que abarcar éste tipo de intervenciones nos obliga a los terapeutas a hacer un esfuerzo mental para **crear** en el encuadre. Mantener el esfuerzo, posicionarnos en el lugar ajustado, y asimilar los vaivenes emocionales, dependerá en último término de cuánto creamos como equipo en las intervenciones que engloban al grupo familiar; dependerá de que mantengamos la esperanza realista sobre la utilidad de las Terapias de Grupo Familiar, y de la figura del Terapeuta de Familia.

Es un encuadre que, organizado y estable, probablemente sea vivido como un bien por los progenitores, y por los niños. Lo más complejo y difícil

son las comunicaciones entre los terapeutas; en tal sentido lo mejor es definir una forma cómoda de establecer la comunicación. Una buena metodología sería que los tres terapeutas se pongan de acuerdo para montar el equipo sin dificultades, buscando una fórmula lo más sencilla posible: organizar encuentros entre los tres, en los que se decida conjuntamente qué es lo que se comunica y qué no se comunica. En estos encuentros se iría revaluando el encuadre, revisando su utilidad en el momento presente (cada tres meses o cada cuanto se pacte). El hecho de que el encuadre se vaya revaluando, que no sea fijo, es una ventaja que aporta flexibilidad. Esto facilitará que los aspectos personales y grupales de la institución no hagan acto de presencia en las sesiones. En los encuentros en grupo de terapeutas, periódicos y paralelos a la intervención, en posición de grupo de trabajo, es donde forjaremos este encuadre como sólido, fiable y coherente, protegiéndonos de las tendencias defensivas confusas que naturalmente esperamos que aparezcan en los grupos humanos, de sobras conocidas por todos (Bion, 1963).

Por tanto, nuestra propuesta es un encuadre estructurado en dos niveles (familiar e individual), secuenciado en etapas, y sujeto a evaluaciones periódicas.

Esta propuesta de encuadre ha mostrado, según mi punto de vista, algunas ventajas y desventajas que vengo señalando. A éstas, añadiría:

Tabla 1: ventajas y desventajas adicionales

Ventajas	Desventajas
El período inicial, de encuadre familiar a la espera de los espacios individuales, fue exitoso en cuanto a la organización del caso, la coordinación entre instituciones y la vinculación terapéutica con el grupo familiar.	La comunicación entre terapeutas individuales y terapeuta familiar pasa a ser más compleja y requiere de más tiempo y organización. Implica un factor de riesgo en el encuadre si no se protege con una estructura estable y suficiente de encuentros del grupo de terapeutas.
Mantener un espacio de nivel familiar, con un terapeuta externo a los espacios individuales, permite favorecer una comprensión de grupo más ajustada. Ofrece una perspectiva distinta respecto a los espacios individuales, y nos ofrece oportunidades de aportar algo más a las terapeutas individuales y a la familia.	Los progenitores se han de vincular con tres terapeutas distintos, en una organización que implica una diferencia de niveles familiar e individual. Este es un terreno fértil a la aparición de dinámicas triangulares en el sistema proyectivo difíciles de sostener. Implica un mayor esfuerzo en la gestión, y requiere más atención a este aspecto cuasi periférico en otros tratamientos.
La aportación de las terapeutas individuales implica un punto de vista distinto del Terapeuta de Familia: esperar ha implicado mayor deseo en la intervención, compartir las observaciones ha implicado mayor finura y la posibilidad de discrepar respecto a determinadas cualidades del diagnóstico. Estas divergencias, enriquecen y hacen más exacta la comprensión de cada niño.	El significado subjetivo de las observaciones, tanto para la familia atendida como para las terapeutas, implica algunos significados ambiguos, de manera que sería necesario un trabajo previo para clarificarlos.
Ofrecer al grupo familiar un encuadre ajustado, sólido, capaz de hacerse cargo de la idiosincrasia de su situación y la complejidad de su consulta, implica desde el principio una propuesta esperanzadora. El buen encaje inicial favorece la esperanza realista y representa un factor que promueve un mejor pronóstico terapéutico.	Los cambios imprevistos y los desajustes del encuadre, implican una mayor repercusión para la familia y para los otros terapeutas. El encuadre presupone una estabilidad y continuidad asistencial que en la práctica puede ser difícil de sostener. La interdependencia de personajes implica así un mayor grado de vulnerabilidad a factores ajenos a la gestión propia de cada miembro de esta tríada de terapeutas.
Ésta propuesta de encuadre resuelve algunas de nuestras lagunas en cuanto a intervención con gemelos, y nos ofrece una alternativa en que apoyarnos de cara a futuros casos. Como terapeutas, como institución, encaramos algo similar a lo que encaran las familias: los gemelos requieren más recursos, más organización y el soporte de varios miembros del grupo adulto; requieren más planificación y más énfasis en gestionar recursos compartidos sin menoscabar la individualidad.	Organizar un encuadre distinto al que estamos habituados nos hace más vulnerables a ciertos desajustes de los que habitualmente nos sentimos más protegidos. Nos expone con mayor intensidad, nos obliga a encarar dificultades y limitaciones, pone a prueba nuestra solidez interna... Es necesario que estemos dispuestos a asumir tambaleos e incertidumbre en nuestra vida laboral, propios del desarrollo en juego.

Abrams, S.; Neubauer, P.B.: “Hartmann’s Vision: Identical Twins and Developmental Organizations”: *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 49, 1994, págs. 49-59.

Athanassiou, C.: “A study of the vicissitudes of an identification in twins”: *Institute of Psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis*, vol. 67, 3, London, 1986, págs. 329-335.

Axelrod, R.: “Sobre la repetición y la ausencia: Y en los gemelos, ¿Desde dónde?”: *Asociación Psicoanalítica Mexicana. Cuadernos de Psicoanálisis*, vol. XXXII-N. 3 y 4, México, 1999, págs. 246- 251.

Berenstein, I.: (1984) “La estructura de los gemelos”: *Asociación Psicoanalítica Argentina. Revista Psicoanálisis*, vol. VI, 2-3, Buenos Aires, 1984, págs. 243-259.

Braier, E.A.: *Gemelos*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000.

Bion, W.R.: *Experiencias de grupos*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.

Carling, K.: “Thomas Looking for George, a Premature Twin Emerging from the Effects of Early Trauma”: *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 2003, págs. 335-356.

Cherro, M. & otros: “Los gemelos o las vicisitudes de un punto de partida en general doble”: *Revista de Psicoterapia Analítica de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, tomo II, 4, Montevideo, 1988, págs. 359-384.

Davison, S.: “Mother, Other and Self- Love and Rivalry for Twins in their First Year of Life”: *International Review of Psycho-Analysis*, 19, 1992, págs. 359-374.

Dibble, E.D. & Cohen, D.J.: “Personality development in identical twins”: *Yale University Press. The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 36, New York, 1981, págs. 45-70.

Dimitrovsky, L.: “On Being a Twin”: *The Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 17, 1989, págs. 639-653.

Grunberg, S.: “Joan Woodward The Lone Twin: Understanding Twin Bereavement and Loss”: *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 25, 1999, págs. 478-481.

Kalish-Weiss, B.I.: “The Case of Richard: Assessment and Analytic Treatment of a Two-year-old Twin with Autistic-like States”: *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 7, 2008, págs. 37-57.

Lasser, E. & Nordan, R.: “Separation-Individuation of an identical twin”: *Adolescent Psychiatry*, 6/1, 1978, págs. 469-479.

Lewin, V.: *The Twin in the Transference*. London and Philadelphia: Whurr Publishers, 2004.

Magagna, J.: “Transformation: from twin to individual”: *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 33, 2007, págs. 51-69.

Martín, S.: “Sobre la negación y el proceso de duelo”: *Revista Desenvolupa: la revista d’Atenció Precoç*, N° 30, 2010. www.desenvolupa.net

Martín, S.: “Mauro y la posibilidad de indicar un tratamiento de grupo familiar”: *Revista Desenvolupa: la revista d’Atenció Precoç*, N° 32, 2012. www.desenvolupa.net

Mendilaharsu, S.: “Identidad e Individuación”: *Revista Relaciones*, vol. 37, 1987, págs. 4-15.

Milton, J.: “The twin in the transference by Vivienne Lewin”: *International Journal of Psycho-Analysis*, 87, 2006, págs. 1728-1732.

Negri, R.: “Un estudi preliminar sobre bessons”: *Institut de Psicoanàlisi de Barcelona. Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. 28, 1, Barcelona, 2011, págs. 23-32.

Oster, C.: “Dead Ringers: A Case of Psychosis in Twins”: *American Imago*, 56, 1999, págs. 181-202.

Bibliografía

Perlman, L.: “Looking for Love: The Twin Factor”: *Modern Psychoanalysis*, vol. 26, 2001, págs. 87-92.

Piontelli, A.: “A Study on Twins Before and after Birth”. *The International Review of Psycho-Analysis*, 16, 1989, págs. 413-426.

Robin, J.; Josse, D.; Tourette, C.: “Mother-twin interaction during early childhood”: *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 37, 1988, págs. 151-159.

Salvador, G.: *Familia: experiencia emocional básica*. Ed. Paidós. Fundació Vidal i Barraquer. Col. Temas de Salud Mental, 2009.

Schave, B.; Ciriello, J.: *Identity and intimacy in twins*. Praeger Publishers, New York, 1983.

Sherkow, S.P.: “Child Development: Twins: From Fetus to Child. By Alessandra Piontelli”: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 2004, págs. 619-625.

Trias, T.; Ebeling, H.; Moilanen, I.: “Relaciones entre gemelos: revisión de la literatura”: *Psicopatología y salud mental del niño y el adolescente*, n° 20, 2012, págs. 47-56.