

### **ABORDAJE PSICOANALÍTICO DEL SÍNDROME DE DOWN Y OTRAS DISCAPACIDADES INTELECTUALES** <sup>13</sup>

*Relato de una experiencia terapéutica comunitaria  
para pacientes con discapacidad intelectual  
y sus familias*

---

<sup>13</sup> El presente escrito fue elaborado para ser presentado ante la FEPAL (Federación Psicoanalítica de América Latina) en 2006. Obtuvo el Primer Premio en el rubro Comunidad y Cultura, premio que fue recibido por los autores en el Congreso de FEPAL en Lima (Perú), en octubre de 2006.



## **I. Introducción**

Cuando Freud pensaba en el psicoanálisis como psicoterapia, restringía su indicación a las neurosis. Era muy prudente y, probablemente para no generar falsas expectativas, aconsejaba no atender a pacientes “que no posean cierto grado de cultura” (Freud, 1905a, pág. 253).

Cien años después, los desarrollos terapéuticos se extendieron, como es bien sabido, a los niños, a los psicóticos y a todas las áreas en las que es dable hablar de “déficit” en el más amplio sentido de la palabra.

En este trabajo queremos relatar una experiencia de labor comunitaria que estamos realizando desde hace más de un año en beneficio de un grupo de familias, uno de cuyos miembros padece de alguna forma de “discapacidad intelectual”. Se trata de retardos de diverso grado y de distintos orígenes: síndrome de Down, lesiones neurológicas y otras causas no especificadas.

Para contextualizar el cómo y el porqué de este servicio a la comunidad necesitamos hacer un poco de historia.

## **2. Respondiendo a una necesidad de la comunidad**

En junio de 2004, con un grupo de colegas, inauguramos una pequeña institución psicoanalítica<sup>14</sup> con el propósito de estudiar e intercambiar científicamente, y de formar jóvenes profesionales que pudieran comenzar su práctica como psicoterapeutas brindando asistencia a través de consultorios externos.

---

<sup>14</sup> CPSEA –Centro Psicoanalítico de Estudio y Asistencia– Guardia Vieja 3763 PB “A”, Buenos Aires.

En este contexto, la Lic. Andrea Di Bella, una colega que comenzó a formar parte del grupo, nos pidió una y otra vez que asistiéramos en psicoterapia individual a alumnos de su escuela. Se trata de una Escuela Municipal de Formación Laboral que recibe alumnos con distinto grado de discapacidad intelectual y procura integrarlos en la sociedad a través de algún oficio y/o empleo. Constituye una especie de colegio secundario especial, ya que inscribe alumnos desde los 16 hasta los 29 años. Toda la población escolar –algo más de cien alumnos– padece discapacidades intelectuales de distinto grado: aproximadamente la mitad de los alumnos sufren síndrome de Down, y la mitad restante, otras formas de retardo mental, calificadas –de acuerdo con criterios disímiles– como congénitas, tóxicas, neurológicas, emocionales, etcétera.

Frente a esta demanda genuina tomamos el compromiso de que se atendieran en nuestro Centro dos pacientes con síndrome de Down con el propósito explícito de hacer una experiencia piloto. Las terapeutas serían dos de nuestras alumnas del Instituto de Formación para Graduados.

Deseosa de brindar más ayuda, la Lic. Andrea Di Bella sugirió primero –e insistió después– en que hiciéramos reuniones con los padres de estos y otros alumnos, ya que por su experiencia como psicóloga dentro del colegio, se le hacía evidente la relación de los temores, inseguridades y conflictos de los padres con las limitaciones de los alumnos.

Otra circunstancia vino a sumarse para que fuera posible responder a esta necesidad de la comunidad. Desde hacía casi dos años habíamos comenzado a participar –con el “benévolo escepticismo” que pedía Freud (1916-17, pág. 224) a sus pacientes– de las sesiones de psicoanálisis multifamiliar coordinadas por el Dr. Jorge García Badaracco en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Nos sorprendimos por los beneficios que brindaba este nuevo desarrollo del psicoanálisis y continuamos concurrendo, sobre todo, porque sentíamos que nos hacía bien para nuestra vida y para la tarea clínica. No era nuestra intención coordinar grupos semejantes, pero participábamos con entusiasmo de los ateneos que seguían a cada sesión multifamiliar y de otras reuniones de estudio, y habíamos comenzado a familiarizarnos con la bibliografía de García Badaracco.<sup>15</sup> Paulatinamente pudimos aprehender la mayor parte de los elementos esenciales de la teoría y la técnica del psicoanálisis multifamiliar. La demanda de la comunidad nos obligó a dejar de lado nuestros temores e inseguridades para aplicar una técnica nueva.

Se habían dado así una serie de coincidencias inesperadas: por un lado, se nos solicitaba una tarea que no encontraba respuesta en otros ámbitos, y por otro, disponíamos de un recurso teórico y técnico que unos años atrás desconocíamos. Contábamos, además, con el ámbito físico e institucional y con un grupo de colaboradores dispuestos a acompañarnos en la experiencia.

*Fue así como nos vimos embarcados, con pleno compromiso, en la tarea de brindar asistencia individual a pacientes con distintos grados de discapacidad intelectual y a realizar sesiones de psicoanálisis multifamiliar con las familias de estos pacientes y con otras familias, aun cuando sus hijos no fueran atendidos en forma individual.*

---

<sup>15</sup> Véanse, por ejemplo, García Badaracco (1990, 2000, 2005). Por gentileza de colegas, tuvimos oportunidad de acceder a una serie de sus artículos, conferencias y clases no editados. Véase también Mitre (1998).

Para nosotros se trata de una experiencia verdaderamente transformadora.

### **3. Las hipótesis de trabajo y su fundamento teórico**

Si bien es cierto que la demanda nos impulsó a ocuparnos de algo que no estaba en nuestros planes, también es verdad que no es posible trabajar si no existe alguna hipótesis que haga pensar que el trabajo puede llegar a ser fructífero.

La atención individual de pacientes con síndrome de Down se justificaba recurriendo a la siguiente idea: los discapacitados intelectuales, que suelen caracterizarse por su sensibilidad y que son capaces de gozar y sufrir por sus sentimientos, deben ser capaces también de recurrir a diversas defensas para ocultarse a sí mismos sentimientos penosos como los celos, el enojo, el temor o la tristeza. Consecuentemente, debería ser posible para ellos, como para cualquier ser humano, hacer conscientes estos sentimientos y alcanzar los beneficios que, según demostró el psicoanálisis, se obtienen por el camino de recuperar las vivencias que uno se oculta a sí mismo.

Más allá de la opinión de Freud, ya citada, sobre el nivel cultural adecuado para emprender una terapia analítica, *preferimos basarnos en la idea –también freudiana– de que lo que verdaderamente produce cambios es la movilización de las fuerzas afectivas.*

Las experiencias relatadas por M. Mannoni (1964, 1967) y sus conceptos sobre las posibilidades terapéuticas de los niños discapacitados intelectuales nos resultaron orientadores. Si bien ella estudió la particular relación de la madre con su hijo “retardado”, su enfoque terapéutico se realizaba sobre todo a través del tratamiento individual del niño. En gran me-

didada fue ella la que demostró que estos niños son tratables terapéuticamente.

La hipótesis que utilizamos para *trabajar con las familias* aplicando la técnica del psicoanálisis multifamiliar requiere una explicación un poco más amplia.

En primer lugar, si elegimos utilizar esa técnica es porque consideramos válida la teoría que la sustenta.<sup>16</sup> García Badaracco, al ocuparse de la psicosis tanto en el ámbito hospitalario como en el privado, desarrolló lo que él denomina *psicoanálisis multifamiliar*. Se trata de una concepción nueva, profundamente arraigada en el pensamiento psicoanalítico freudiano, en la que confluyen, lo mismo que en Freud, el propósito terapéutico y el de investigación. Esta aplicación surgió como necesidad a partir de las conocidas limitaciones del psicoanálisis para el tratamiento de la psicosis.

El concepto básico de García Badaracco, el que de alguna manera amalgama el conjunto de ideas de este enfoque teórico y técnico, es su concepto de *interdependencias recíprocas*.

El mundo de lo humano es un mundo de intercambio e interlocución; basta con observarlo un poco para apreciar el grado de interdependencias recíprocas en el que todos y cada uno nos constituimos como personas. García Badaracco diferencia básicamente dos tipos de interdependencias: las interdependencias tróficas, que promueven crecimiento, y las interdependencias enloquecedoras o enfermantes.

Naturalmente, el ámbito de las interdependencias más significativas es el de la familia. Se entiende por “familia”, sin que-

---

<sup>16</sup> Lo que sigue a continuación sintetiza un modo de pensar expresado en el conjunto de la bibliografía citada en la nota 15.

rer establecer una definición precisa, el grupo de convivencia donde las relaciones —más o menos estrechas, cotidianas, íntimas, etcétera— tienen “familiaridad”. Es en ese ámbito, el de las interdependencias familiares, donde se van constituyendo las identificaciones que configuran la identidad. Lo vivido en interdependencias creativas va quedando dentro de cada uno como experiencia que contribuye al desarrollo, al enriquecimiento del yo. El conjunto de capacidades, efectivas o potenciales, constituye los recursos yoicos genuinos. Al contrario, las experiencias vividas en interdependencias recíprocas patógenas, traumáticas, se conservan como vivencias con poder enfermante y constituyen las identificaciones enfermas que conforman la locura.

Como se ve, no es que las interdependencias en sí sean algo negativo. Lo negativo radica en la fijeza y la exclusividad de esas interdependencias, que de ese modo se convierten en vínculos perversos, enloquecedores, psicotizantes, que impiden el desarrollo de recursos genuinos y generan relaciones fijas que tratan de oponerse a la creación de nuevos vínculos. En otras palabras, estas interdependencias recíprocas son círculos viciosos que generan mayor dependencia. Para estos casos García Badaracco describe un objeto específico, notoriamente visible en las situaciones más típicas, al que denominó *objeto enloquecedor*.<sup>17</sup>

De acuerdo con esta manera de ver las cosas, la enfermedad mental es, en gran medida, la consecuencia de estas presencias enfermantes y enloquecedoras que impiden el desarrollo de recursos yoicos genuinos para enfrentar la vida y

---

<sup>17</sup> En relación con la entidad metapsicología del concepto de objeto enloquecedor, véase *supra* la nota n° 6 en el Capítulo I.



que, desde este punto de vista, obstaculizan el despliegue del sí mismo verdadero y condicionan una discapacidad relativa.

La locura es, entonces, una creación colectiva, creación en la que participan tanto el *objeto enloquecedor* como el *loco* mismo. Naturalmente, si estos vínculos se crean y se mantienen (habitualmente a lo largo de toda la vida), es porque a través de ellos se intenta evitar una serie de vivencias penosísimas: el desamparo, la desprotección, la inseguridad, la inermidad... Así, el *loco* es el producto de la creación de una trama de relaciones en las que él mismo está atrapado. Inversamente, recuperar la salud mental es el resultado de destejer las tramas patógenas para permitir el pleno desarrollo de recursos yoicos genuinos. Es decir que, dentro de una red de interdependencias más saludable y trófica, el enfermo mental encuentra las condiciones para desarrollar su virtualidad sana.

Nuestra hipótesis de trabajo consistió en extender los conceptos de García Badaracco sobre las interdependencias patógenas en la psicosis a las interdependencias en quienes padecen discapacidad intelectual.

Si la *psicosis* se describe como un *trastorno del pensamiento* que aleja al enfermo de la realidad, la discapacidad intelectual puede describirse como un *déficit de pensamiento* que limita o dificulta el trato con la realidad. En ambos casos sucede que el enfermo depende en diversos grados de terceros, generalmente sus familiares. En el caso de las distintas formas de discapacidad intelectual, la dependencia surge debido a la necesidad de que alguien supla la distancia entre “lo poco” que conoce y/o puede el discapacitado intelectual y lo necesario para enfrentar la vida satisfactoriamente. Así, la discapacidad intelectual —y cuanto más grave, más evidente es esto— constituye

un motivo de dependencia mayor que la habitual. La cuestión sobre la que nos interesó poner el acento es en qué medida esa dependencia es estrictamente necesaria y en qué medida podría ser evitada.

Sobre la base de estas ideas, nos propusimos trabajar con la siguiente hipótesis: *es dable imaginar tramas familiares específicas que favorecen la fijación de distintas formas de discapacidad intelectual, dando lugar a una dependencia infantil permanente, mayor a la estrictamente necesaria.*

De ser así, la discapacidad intelectual, más allá de las causas fehacientemente comprobables (como las genéticas), puede ser favorecida y mantenida por una trama de interdependencias recíprocas patógenas a las que, en este caso, deberíamos llamar interdependencias “retrasantes” o “atontantes”.

Consecuentemente, sería factible “destejer” esas tramas de interdependencias “retrasantes”, para permitir el máximo desarrollo posible de las potencialidades latentes.

Con este fin, sin discutir cuál es el “piso” —es decir, cuántas son las limitaciones de las que se parte, dadas las bases orgánicas de muchas discapacidades intelectuales—, preferimos trabajar con la idea de que es posible favorecer el desarrollo del potencial intelectual y afectivo, sin presuponer de antemano un “techo” limitante. En otras palabras, pensamos que poner el acento en las carencias o déficits del paciente es un enfoque restrictivo desde su origen. En cambio, tomar como punto de partida la idea de promover la virtualidad sana es —según lo enseña García Badaracco— de por sí terapéutico.

#### 4. Breve descripción de la técnica

En congruencia con su modo de comprender la psicosis, García Badaracco considera que el mejor modo de desarmar, deshacer, destejer las urdimbres, las tramas patógenas enloquecedoras, se da en el contexto de lo que él llamó “psicoanálisis multifamiliar”.

Se trata de grupos amplios de psicoterapia en los que participan el enfermo y su familia, con un encuadre amplio y laxo (si consideramos los criterios a los que estamos acostumbrados). Es posible que la familia concorra parcialmente, incluso uno solo de sus integrantes. Puede suceder también que el mismo enfermo se niegue a concurrir y, sin embargo, cuando observa los cambios que se producen en el resto de los integrantes de la familia, y a medida que se va desarmando la trama que los mantenía prisioneros, termina acercándose y generando nuevos estímulos para nuevos cambios.

La manera más habitual de trabajar es realizar una reunión semanal; el número de pacientes puede ser bastante numeroso. Si bien no es imprescindible, es muy aconsejable que además del coordinador haya otros terapeutas o coterapeutas. Esto favorece que transferencias muy intensas, como las que se dan en los casos graves, se distribuyan entre los diversos participantes; así se facilita la tarea al evitar contraidentificaciones masivas que la imposibilitarían.

Son muchos los *principios técnicos* que se subrayan y que son los que han contribuido al éxito de esta psicoterapia psicoanalítica. Señalemos, por ejemplo, el respeto en la escucha, la legitimación del síntoma como modo de expresar algo de otra manera indecible, la búsqueda de la autenticidad —favorecida por la presencia del grupo, que detecta falsedades y dobleces—, la importancia de comprender las vivencias evitando

toda forma de intelectualización, una nueva manera de mirar al paciente enfocando sobre todo su virtualidad sana, etcétera. Pero lo que nos importa en esta ocasión es destacar que en esta teoría del enfermar y de la cura, la cura sucede por añadidura, cuando se deshace la trama enfermante que mantiene ligados a sus integrantes en interdependencias patológicas cerradas.

Podría consignarse un extenso listado de los motivos que permiten que estas reuniones de grupos numerosos contribuyan a hacer conscientes y a destejer las tramas psicotizantes. A modo de ejemplo:

- la presencia de otras personas con problemas semejantes y diferentes, más graves y menos graves, que escenifican espontáneamente sus interdependencias patógenas;
- la posibilidad de observar desde afuera tramas enloquecedoras en las que es dable apreciar, total o parcialmente reflejadas, las interdependencias propias;
- la posibilidad de que el coordinador u otro participante pueda interponerse como tercero cuando se escenifican díadas de interdependencias selladas simbióticamente;
- poder ver en los demás la increíble resistencia que uno a veces opone a cambios beneficiosos;
- la observación, en otros grupos familiares, de cambios que parecían imposibles y la esperanza que de allí surge.

Por estos y otros motivos, o más bien, por el dispositivo entero de la técnica multifamiliar, se logra un *pensamiento ampliado* o, en otras palabras, se hace posible pensar juntos lo que es imposible pensar solo.

Si bien se puede empezar concurrendo a las reuniones descriptas, lo más conveniente es que psicoterapia psicoanalítica individual y psicoanálisis multifamiliar se complementen. Una y otro se enriquecen mutuamente y es en estos casos donde se observan los mejores resultados. Cuando el terapeuta de la psicoterapia individual concurre a las sesiones multifamiliares de las que participa su paciente con su familia, si el manejo técnico es adecuado, los beneficios se potencian.

## **5. El equipo y la forma de trabajo**

Considerando la seriedad de la demanda y después de evaluar nuestras posibilidades, nos propusimos emprender la tarea, como ya dijimos, con entusiasmo y con temores. Tuvi- mos la ventaja de que desde el comienzo un grupo de colegas voluntarios aceptó acompañarnos. El equipo se conformó rápidamente: los autores de este trabajo asumimos la responsabilidad de coordinar las sesiones de psicoanálisis multifamiliar y de dirigir la investigación que, desde el primer momento, nos propusimos realizar. Por su parte, la Lic. Andrea Di Bella se encargó de promover y organizar las reuniones, invitando una por una a las familias y de coordinar todo desde el punto de vista operativo.

Desde el comienzo se nos unieron dos colegas de experiencia y cuatro terapeutas jóvenes que cursaban el primer año de Formación para Graduados de nuestro Centro de Estudio y Asistencia.<sup>18</sup> Durante los primeros meses nos acompañó también un amigo, miembro de una Fundación dedicada

---

<sup>18</sup> Desde el comienzo trabajaron con nosotros las Lics. Lidia Arce y M. Luisa Miller. Y las Lics. Constanza Bonelli, María del Carmen Lambruschini, Natalia Sánchez, Luciana Soutric.

al psicoanálisis multifamiliar y con una importante experiencia en diferentes grupos que aplican esta técnica.<sup>19</sup> Casi un año después, en marzo de 2006, se incluyeron tres nuevos terapeutas jóvenes que, con el nuevo ciclo lectivo, comenzaban su formación post-universitaria.<sup>20</sup>

En la actualidad (septiembre de 2006) se atienden con miembros del equipo, en psicoterapia individual, ocho pacientes: siete jóvenes con distintas formas de déficit madurativo y una madre de un niño diagnosticado como ADD. El trabajo que se realiza en las psicoterapias psicoanalíticas individuales, siempre a razón de dos sesiones semanales, es supervisado por uno de nosotros, sea en forma individual o en reuniones grupales.

Las sesiones de psicoanálisis multifamiliar se llevan a cabo cada quince días, y no ha sido necesario realizar interrupciones durante el receso escolar, ya que nuestra tarea no depende del ciclo lectivo de la escuela de donde provienen la mayor parte de los jóvenes y sus familias. Además, como la frecuencia quincenal es apenas suficiente, al menos durante este primer verano pudimos organizarnos para no suspender reuniones por las fiestas o las vacaciones.

A las sesiones multifamiliares concurren unas diez “familias”.<sup>21</sup> Algunas de ellas lo hacen con regularidad y otras con

---

<sup>19</sup> Lic. Miguel Larreta, miembro de la Fundación María Elisa Mitre.

<sup>20</sup> Lics. Gastón Gómez, María Pérez Sarre, Marina Sicardi. Más tarde, en mayo de 2006, se integró Pedro Boari, por ese entonces estudiante avanzado de Psicología.

<sup>21</sup> Se sobrentiende que cuando decimos “familia” estamos hablando del grupo que antes describimos. Así, llamamos “familia” al grupo constituido por una madre y su hija que viven solas desde hace mucho tiempo, como también a una joven con un retraso madurativo moderado, que si bien

intermitencias. Algunas asisten siempre con todos los integrantes; en otras, a veces asisten todos y otras veces solo alguno de ellos. Este esquema, aparentemente poco organizado e irregular, no implica una ruptura del encuadre del psicoanálisis multifamiliar tal cual lo hemos aprendido. Implica una forma de autorregulación según la capacidad elaborativa o la intensidad de las resistencias. Sin embargo, el proceso en sí no se ve afectado por la cantidad de asistentes, y —tal como lo enseña García Badaracco— es fácilmente observable que los efectos “repican” aun en los familiares que no pudieron o no quisieron asistir.

Las distintas modalidades de asistencia son importantes y valoradas. El grupo de familias más permanente es algo así como la columna vertebral que sostiene y le da continuidad al proceso. A su vez, los que asisten con intermitencias suelen ser los que más ven los cambios que se produjeron durante su ausencia en los integrantes del grupo, cambios que no habían sido notados por los que asisten con continuidad.

Contar lo que ocurre en una sesión multifamiliar es tanto o más difícil que transmitir lo que ocurre en una sesión psicoanalítica. Tal vez, más adelante, cuando relatemos fragmentos de ejemplos clínicos, logremos transmitir algo del clima emocional y los procesos elaborativos que se alcanzan en distintos momentos.

Realizamos la coordinación en conjunto, y para tener una visión completa del grupo en la ronda que se forma, nos sentamos enfrente, de modo de ver a todos y comunicarnos fácilmente entre nosotros. Los otros miembros del equipo obser-

---

convive con los padres (quienes concurren en raras ocasiones), viene sola o acompañada por su novio, de características similares a ella.

van con atención y registran lo que va sucediendo. Por lo general participan muy poco verbalmente, en parte porque prefieren una actitud de atenta observación, y en parte porque la técnica misma propende a que se evite el exceso de intervenciones de los terapeutas, ya que la elección del hilo conductor es función de la coordinación. En nuestro grupo, las intervenciones de los restantes miembros del equipo suelen ser puntuales, brevísimas y agudas.

Nos reunimos sábado por medio, por la tarde. En un clima distendido y familiar, emprendemos una larga jornada de trabajo que comienza a las 13:30 y finaliza alrededor de las 21:30 horas.

Dedicamos las dos primeras horas a las *supervisiones* individuales y/o en grupo. Continuamos luego con la tarea de *estudio e investigación*, hasta un poco antes de las 17:30, que es la hora en que comienza la *sesión con las familias*. Las sesiones suelen durar casi tres horas, porque la demanda es muy intensa. Cuando termina la sesión, se realiza espontáneamente un intervalo que resulta muy provechoso: ese momento, mientras los concurrentes se despiden, es la ocasión de los *diálogos personales* de los miembros del equipo con los pacientes y de los pacientes entre sí. Este momento informal es sumamente importante, porque las transferencias continúan operando con toda su intensidad o más. Posteriormente, a lo largo de una hora, los miembros del equipo realizamos un *ateneo clínico* en el que comentamos distintos aspectos de lo ocurrido en la sesión. Solemos destinar un tiempo a comentarios y debate sobre la técnica y un tiempo a la discusión de los diversos “casos”.

La función que cumple cada uno de los miembros del equipo, quienes registran y toman nota de todo lo que sucede, es



muy importante. Estas observaciones, como el informe de lo registrado en las sesiones individuales, conforman el archivo, o material en bruto, de la investigación clínica *off-line* que estamos realizando.

Todas estas tareas son llevadas a cabo *ad honorem*. Hasta el momento no se han recibido contribuciones públicas ni privadas. Algunas familias aportan aproximadamente el equivalente a tres dólares cada vez que concurren, con lo que se reúne una pequeña suma para los gastos operativos. Los terapeutas individuales cobran un honorario mínimo, institucional, de entre 3 y 5 dólares la sesión.

## **6. Algunos ejemplos**

### **A. Santiago: la primera sorpresa**

Santiago es uno de los dos primeros pacientes con los que comenzamos esta experiencia. Se trata de un joven de 18 años con síndrome de Down. Concurrió a la entrevista de admisión con su madre y saludó al entrevistador con un gesto sumamente agresivo. Frente a la naturalidad con la que reaccionó el terapeuta, Santiago cambió la hostilidad por una actitud de acercamiento con exceso de confianza.

Se le asignó como terapeuta a la Lic. Natalia Sánchez, una de las dos psicólogas que estaban dispuestas a realizar la experiencia. Se trata de una joven profesional que, recibida poco tiempo antes, había comenzado la formación de postgrado en nuestro Centro. Se convino que Santiago concurriría dos veces por semana a su psicoterapia individual. Uno de nosotros supervisaría semanalmente el material.

En la misma semana en que la madre concurrió a una primera entrevista con la terapeuta, tuvo lugar la primera se-

sión de psicoanálisis multifamiliar, a la que asistieron, entre otros, María y Wenceslao, padres de Santiago.

Las primeras sesiones del tratamiento individual de Santiago fueron difíciles. Parecía que no iba a ser posible sostener un encuadre que hiciera viable la terapia. Recordamos que en la segunda de las supervisiones nos preguntábamos: ¿Tendrá sentido prestarle este tipo de asistencia? ¿El encuadre y las interpretaciones ejercerán algún efecto? ¿Es posible con estos pacientes lograr algún progreso de los que se describen clásicamente, como “controlar impulsos”, “desarrollar la capacidad yoica”, “hacer conscientes los sentimientos penosos”?

Tal vez —decíamos— estas son las preguntas que todo psicoanalista se ha hecho frente a todo tipo de pacientes. Pero a nosotros nos urgían con una fuerza muy particular. Las experiencias relatadas por M. Mannoni (1964, 1967) nos daban alguna esperanza.

Sucedía que Santiago ponía constantemente en aprietos a su terapeuta: se mostraba enojado, poco colaborador, y con tendencias a pasar a la acción que parecían poco controlables, sobre todo cuando se trataba de sus impulsos eróticos, referidos directamente a la persona de la terapeuta.

Quería que fuera su novia, darle besos y abrazos, y reaccionaba con mucho enojo frente a los límites, por más que estos fueran impuestos sin agresión y con explicaciones “coherentes”: “Bueno, eso lo podés hacer, pero no acá conmigo: lo podrás hacer con tu novia, ella también tiene que querer”, etcétera, etcétera.

Santiago reaccionaba con mucho enojo y agresiones groseras. La terapeuta, pese a su escasa experiencia, apoyada por los compañeros de formación y sus docentes, por el supervisor y los coordinadores del dispositivo del psicoanálisis

multifamiliar, pudo transitar estos primeros pasos llenos de dificultades. Transcribimos textualmente las notas que tomó la Lic. Natalia Sánchez de uno de los momentos más significativos del proceso.

**Octava sesión. 03/06/05. Fragmento**

*Santiago: (Señala las cartas)*

*Terapeuta: Bueno. ¿Querés jugar con las cartas?*

*S.: Dale.*

*(Mientras estoy mezclando se tira un gas tras otro con un gesto pícaro).*

*T.: No, Santiago, así no podemos trabajar. A mí no me gusta que te tires gases cuando estoy yo. Cuando uno tiene ganas de tirarse gases lo tiene que hacer en la intimidad.*

*S: No.*

*(Se para y viene a abrazarme).*

*T.: No, Santiago, cada uno tiene su lugar, este es el mío y allá es el tuyo.*

*S.: No. (Eructa a propósito groseramente).*

*T.: Bueno, me parece que hoy de esta manera no podemos seguir trabajando. Por hoy terminamos aquí.*

*S.: No, no me voy.*

*T.: Sí, nos vemos el martes. Espero que podamos trabajar.*

*(Sale enojado del consultorio).*

*S.: Besos a Eva, a vos no.*

*T.: Está bien, pero Eva es tu novia y yo no. Yo soy tu psicóloga y estoy acá para ayudarte a sentirte mejor.*

### **Vivencias contratransferenciales**

*Sentí que a Santiago le costó que le pusiera un límite al contacto corporal. Que lo enojó mucho que le pusiera un límite a su conducta.*

*Yo me sentí segura con lo que hacía y con la actitud que tomé.*

### **Novena Sesión. 07/06/05**

*Suena el timbre. Atiendo y responde Santiago. Me sorprende, ya que es la primera vez que responde él cuando pregunto quién es. Al abrirle la puerta entra inmediatamente, muy contento, no se detiene en la sala (como lo hacía en sesiones anteriores) y va directo hacia el consultorio.*

*Santiago: ¡jugamos?...*

(Siguen las notas de sesión y al final la terapeuta consigna:)

### **Vivencias contratransferenciales**

*Me sorprendí desde el sonido del timbre. Creí que sería una sesión difícil, ya que la semana pasada estaba muy enojado, pero me descolocó su actitud adulta, colaboradora hacia el trabajo. Supo guardar su lugar y tolerar mis negativas al contacto físico.*

Hasta aquí el relato de la terapeuta. Unos veinte días después, el 25/06/05, tuvo lugar la quinta sesión de psicoanálisis multifamiliar. Es la primera a la que asiste Santiago. Permanece atento durante toda la sesión, que dura casi tres horas. El padre comparte con todos su contento porque Santiago ha participado tranquilo de la reunión. Lo hace indirectamente, en la

suposición de que Santiago no comprende que se está hablando de él. Sin embargo, Santiago había mostrado hasta qué punto es capaz de comprender. *Lo sucedido durante esa sesión nos dejó francamente sorprendidos.*

Santiago buscó activamente sentarse al lado del coordinador, justamente la misma persona a quien le había hecho un gesto tan hostil en los primeros momentos de la entrevista de admisión.

A modo de contexto, digamos que en las sesiones de psicoanálisis multifamiliar, tal como se desarrollan en este grupo, hay momentos durante los que se permite la participación en forma laxa, espontánea, sin necesidad de otorgar la palabra a cada participante. Pero en esta sesión llegó un momento en que el coordinador “restableció el encuadre”, indicando que era necesario esperar que él otorgara la palabra para intervenir. Pese a eso, seguían ocurriendo algunas intervenciones espontáneas. Santiago, sentado al lado del coordinador, observaba todo en silencio, pero en las dos o tres ocasiones en que Wenceslao, el padre de Santiago, intervino sin “autorización” del coordinador, Santiago lo increpó con autoridad, pidiéndole que no hablara porque no era su turno. Escuchaba atentamente a Wenceslao, en cambio, cuando a su tiempo se le otorgaba la palabra.

Todas las dudas y cuestionamientos que nos habían surgido en aquella segunda supervisión parecían haber encontrado respuesta. Mucho antes de lo que nos imaginábamos, se veían efectos promisorios. La capacidad de Santiago para tolerar los límites era mucho mayor de la que suponíamos. Si hasta ese momento no los había aceptado *no era por su discapacidad* – orgánica, inmodificable–; era porque en el contexto familiar se le permitía todo y mientras trataban de aliviarle la frustración o el dolor que implica aceptar un “no”, se *lo condenaba a no*

*desarrollar la más elemental función yoica, la función de inhibir las descargas.*

La trama familiar que contextúa esta falta de límites se comprende mejor si tenemos en cuenta la enorme sensibilidad de Wenceslao: varias veces pudimos ver, escenificado, el motivo que le impedía cumplir su función paterna. Cada vez que en las sesiones multifamiliares algún relato, hecho o clima afectivo podía provocar tristeza en su hijo o en los demás jóvenes con discapacidad, Wenceslao se desesperaba; quería evitar el dolor a toda costa y hasta llegaba a enojarse con el equipo acusándonos de provocar un sufrimiento innecesario y cruel. Mientras tanto María, en actitud silenciosa, participaba de la impotencia en la que todos quedaban entrampados. Justamente esta era la trampa que daba origen al síntoma que había motivado la consulta y lo sostenía.<sup>22</sup>

## **B. Estela: Un recurso para ser reconocida como persona**

Estela, de 15 años, padece síndrome de Down. Fue la primera paciente que recibimos cuando esta experiencia estaba en sus comienzos. La madre concurrió sola a la entrevista de admisión y su buena disposición nos estimuló. Se le asignó como terapeuta a la Lic. Constanza Bonelli.

Lo que relatamos a continuación ha sido tomado de los informes (de las sesiones y las supervisiones) registrados por la terapeuta. En esta oportunidad nos vamos a restringir a un

---

<sup>22</sup> Como queda consignado, esto ocurrió muy al comienzo del tratamiento. Lamentablemente unos meses después los padres de Santiago dejaron de concurrir a las sesiones de psicoanálisis multifamiliar debido a una seria enfermedad de María. Santiago tampoco pudo continuar con el tratamiento, ya que todavía no podía viajar solo hasta el consultorio.

aspecto parcial de la elaboración que está realizando Estela en el proceso de desarrollar todo lo posible sus potencialidades yoicas.

En las entrevistas iniciales, la madre informa que el control de esfínteres fue alrededor de los dos años y medio, “aunque a veces –agrega– hoy en día por ahí se olvida de ir al baño y se hace encima. Hace poco, llegando al colegio, en la puerta, se hizo caca encima y se indispuso. A veces le pasan esas cosas...”.

Según supimos después, esta falta de control no sucedía de una manera azarosa. En una de las primeras sesiones, el episodio de incontinencia se produjo justo en la puerta del edificio del consultorio, cuando Estela discutía con su madre y se resistía a ingresar. Frente a la insistencia tenaz de la madre, Estela se hizo caca encima, por lo que no quedó más remedio que volver a su casa.

Desde una perspectiva que no tiene en cuenta las interdependencias recíprocas, este síntoma podría ser descripto como un comportamiento bizarro, pasible de ser atribuido a la patología genética de la joven. Así es como prefería comprenderlo la madre, según las palabras que consignamos anteriormente.

Otra manera de entenderlo sería atribuirlo al capricho, a la tozudez obstinada o a la terquedad rígida, y pensar luego que estos rasgos de carácter, dado que son frecuentes, deben atribuirse a la condición de Down.

Muy poco tiempo después este síntoma remitió, y entendemos que ello se debió a un cambio no solo en Estela sino en la trama familiar que lo originaba y sostenía.

Varias cosas contribuyeron a que Estela se sintiera diferente y no necesitara más este modo de expresarse. En pri-

mer lugar, el enorme respeto con el que se sentía escuchada por su terapeuta, quien demostraba verdadero interés por comprender lo que decía, pese a sus dificultades en el habla. Cuando se sintió escuchada, comenzó a hablar mejor.

Por otro lado, en una sesión multifamiliar sucedió una escena que puso en evidencia una situación sin duda muy dolorosa para Estela, que la dejaba congelada en un lugar de inexistencia subjetiva. Era un momento distendido y la madre comenzó a contar una anécdota cuya protagonista era Estela. Esta, que se encontraba distraída, como aletargada, al sentir que se hablaba de ella se puso tensa. Esta escena, visible para todos, indujo al coordinador a decirle a la madre que le preguntara a Estela si quería que continuara con la anécdota. La hija contestó resueltamente que no. Sin embargo, la madre siguió con el relato sin inmutarse, *como si Estela no hubiera hablado*. Esta actitud sorprendió mucho al grupo entero, que, naturalmente, intervino para detener la narración. La madre intentó seguir, argumentando que “total ella a todo dice que no”. En ese momento fue firmemente interrumpida por el coordinador, quien le señaló la conveniencia de respetar el deseo de su hija. Le explicó que cuando Estela decía que no a todo, no era un capricho; era una manera de intentar demostrar que ella era ella misma, diferente a los demás, y que tenía derecho a manifestar su propia opinión... Sabemos que decir “no” es una forma de autoafirmación por la que pasan todos los niños que evolucionan bien...

Fue un momento privilegiado. Al recordar esta escena, se nos hace presente, una vez más, el conmovedor cambio en la postura, el gesto y la sonrisa de Estela como respuesta a nuestras intervenciones. El momento fue privilegiado también porque pudimos notar cómo *la madre se dio cuenta, vivencialmente*, del trato que le dispensaba a su hija. Su sentimiento, una mez-



cla de vergüenza y culpa, fue un claro indicio de su intención de evitar en lo posible su conducta avasallante e irrespetuosa.

Más aún, como un “repique”, otros integrantes también se sintieron “tocados” y comprendieron de un nuevo modo por qué sus hijos decían “no”. Se aliviaron al darse cuenta de que sus hijos no eran obstinados o tercos de una manera “ton-ta”, por su condición de discapacitados intelectuales. Pudieron entrever, con otra mirada, el sentido de diferentes conductas de sus hijos cuando defendían sus espacios, objetos o pertenencias. Por primera vez valoraron esas actitudes como formas de recortarse en el mundo, de ser ellos mismos y obtener algo de reconocimiento y respeto hacia su subjetividad.

Naturalmente, los padres mostraron esta comprensión narrando recuerdos y vivencias propias en la que sus hijos defendían con firmeza incoercible algo de sí mismos.

Pensamos que esta comprensión —que, como dijimos, se dio en un momento privilegiado— no va a implicar seguramente un cambio definitivo en las interdependencias familiares. A nuestro entender, tienen el valor de haberlo podido ver y vivenciar, en cierto modo de haber realizado un *insight*. El proceso completo necesitará la reiteración, una y otra vez, de este tipo de experiencias.

Después de contar estos ejemplos, nos queda una doble impresión: por un lado, creemos que logramos transmitir algo de las vivencias, de los climas emocionales, de las elaboraciones y de los cambios que se pueden ir logrando con este modo de trabajo. Por otro, tenemos la sensación de que lo que transmitimos es una parte demasiado pequeña y que no logramos comunicar la intensidad del proceso y la riqueza de la experiencia en su conjunto.

## **Estímulos y evaluación externa**

En abril de 2005, cuando decidimos poner en marcha esta experiencia (la primera reunión se realizó el 30 de abril), lo hicimos con una expectativa prudente. Sabíamos que nos embarcábamos en una tarea difícil y con un enfoque novedoso. Nos propusimos, además, llevar un registro lo más completo posible, a fin de tener elementos para realizar con el tiempo una evaluación confiable.

Cuatro meses después, en la sesión multifamiliar del 10 de septiembre, nos acompañaron el Dr. Jorge García Badaracco y su estrecho colaborador el profesor Hernán Simond.

El Dr. García Badaracco participó de la sesión con su calificada observación y condujo luego el ateneo, dejándonos sus comentarios. Afirmó que le parecía muy importante lo que estábamos haciendo. “Los cambios –dijo– entusiasman, y sería importante ver si, a la larga, habrá cambios hasta en lo intelectual. Esto podría darse si el progreso intelectual de estos jóvenes está trabado por factores emocionales más allá de los genéticos. Si se viera esto, podría destrabarse lo emocional y así se mejoraría el desarrollo”.

Y agregó: “Si así fuera, si se comprobaran avances intelectuales y emocionales, se podría comenzar a trabajar con chicos de edad más temprana, para que el daño no sea irreversible”. Adhirió a la idea de que no conviene pensar en que hay un “techo” o límite de desarrollo que no se puede sobrepasar. “Sería bueno demostrar que si uno toma estas cosas muy tempranamente ese límite sí se puede pasar”.

Sobre la base del ejemplo de una paciente, justamente Estela, nos dijo: “Ustedes, los que forman este equipo de trabajo, son privilegiados por poder describir el factor patógeno de la mirada. Estela viene mirada de una forma por los padres

y después es mirada aquí de otra manera. Esto genera que los padres puedan empezar a mirarla distinto. Así una virtualidad sana estaba tapada por otra más enferma y la nueva mirada le permite ahora expresarse mejor”.

Por último, nos sugirió registrar este proceso a lo largo del tiempo para poder “verlo”, ya que seguramente “los progresos que van a darse serán más sorprendentes de lo que ustedes mismos imaginan”.

A partir de esta última sugerencia, para tener una apreciación externa y de algún modo más objetiva, nos pareció útil pedirle a la Lic. Andrea Di Bella que llevara un registro de los comentarios formales o informales del personal de la escuela a la que concurren nuestros pacientes. De tanto en tanto ella ya nos había transmitido verbalmente algunos de esos comentarios.

Siete meses después, cerca de la finalización del año escolar (noviembre de 2005), recibimos un informe realizado por distintos miembros de la comunidad escolar, con múltiples opiniones y apreciaciones referidas a los cambios observados en todos los jóvenes que concurren a la multifamiliar.

De los apuntes de la Lic. Andrea Di Bella extraemos:

- Con relación a Santiago:

*Un **auxiliar de cocina** que sirve diariamente la comida a los jóvenes comenta:*

*Santiago está re-tranquilo, antes se metía en la cocina y pedía comida a los gritos y sacaba pan de todas las mesas servidas, ahora espera sentado en su mesa charlando con sus compañeros hasta que yo le sirvo el plato...*

- Con relación a Estela:

*Un **auxiliar de puerta** de entrada y salida dice:*

*Estela forma fila tranquila y canta el saludo a la bandera sin tirarse al piso ni una sola vez, como hacía antes.*

**Comentarios de docentes:**

*Estela participa de las clases de música, canta y toca instrumentos de percusión, disfruta de la clase, antes se aislaba...*

*Estela no se esconde más en ningún rincón de la escuela, la encuentro sentada en la mesa correspondiente hablando con sus amigas.*

*Hasta la primera mitad del año, Estela no tenía ausencias a clase. Cuando no tenía ganas de venir, la madre la traía igual, al rato se hacía caca encima y llamábamos a la mamá por teléfono para que la retirase. Ahora no se hace más encima y falta cada vez que por algún motivo no tiene ganas de venir a la escuela.*

**La vicedirectora manifiesta:**

*Los alumnos que van a la multifamiliar están aprendiendo mejor, están más maduros, más responsables, y participan en casi todas las actividades, hay que insistir con los que todavía no concurren...*

## **8. Epílogo**

Después de más de un año de trabajo, los resultados que pudimos observar aumentaron nuestro entusiasmo y nuestra confianza en la herramienta que estamos utilizando. Este modo de trabajo posibilita atender a un grupo amplio en un tema particularmente difícil, como es la discapacidad intelectual de un miembro de la familia. Las hipótesis parecen confirmarse y los resultados, aunque todavía no podamos decir que están consolidados, dan la impresión de ser más rápidos que los

que se obtendrían mediante la psicoterapia individual solamente.

También es verdad que se abren nuevos interrogantes. En lo que hemos relatado, no nos ha sido posible transmitir las dificultades por las que tuvimos que pasar en algunos momentos de sesiones multifamiliares sumamente intensas y complejas. Nos vimos sorprendidos, por ejemplo, por un tema, recurrente y central en algunos casos: el de la violencia familiar. Si bien no era el motivo original de la consulta, por momentos pasaba a ocupar el primer plano, incluso en el material de las sesiones de psicoterapia individual. Este y otros temas —desencuentro e insatisfacción dentro del matrimonio, drogadicción, discriminación, etcétera— serán, sin duda, material para futuros trabajos.

Pero no queremos terminar este escrito sin destacar un “beneficio secundario”, que surgió de toda esta tarea: nuestra labor docente, orientada a la formación en psicoterapia psicoanalítica de egresados universitarios, se vio facilitada, enriquecida y potenciada con el uso del psicoanálisis multifamiliar, que evidenció ser un modo particularmente eficaz para la enseñanza del psicoanálisis.

Como es sabido, las sesiones de psicoterapia psicoanalítica individual no permiten, de ningún modo, la presencia de un tercero; y otros recursos, como la cámara de Gesell, son desaconsejados por el *setting* analítico.

La participación de los jóvenes en formación de las sesiones de psicoanálisis multifamiliar ofrece una posibilidad, casi única, de ver trabajar en vivo y en directo a psicoanalistas más experimentados. En este sentido, cada sesión se parece al taller de un artesano, donde quien quiere aprender puede ver a sus “maestros”. Tiene la ventaja, además, de que en el ateneo

posterior los “maestros” mismos pueden repasar lo actuado y explicar por qué hicieron lo que hicieron, evaluar si tal o cual intervención fue un acierto o un error, y conjeturar sobre lo que hubiera sido mejor o peor en distintos momentos.

La recompensa de este beneficio adicional, indirecto, constituye un motivo más de satisfacción y retroalimenta nuestro entusiasmo.