



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
7º Congreso Argentino de Salud Integral del
Adolescente
4º Jornadas Salud Educación

Mar del Plata 1, 2, 3 y 4 de setiembre de 2010

Mesa redonda: Violencia y vida cotidiana

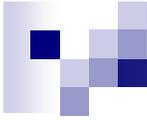
Asistencia a la violencia familiar
Repercusión en los profesionales

Lic. Elda S. Irungaray

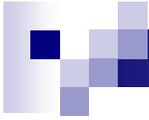


Características de cada etapa del proceso de abordaje y la respuesta contratransferencia

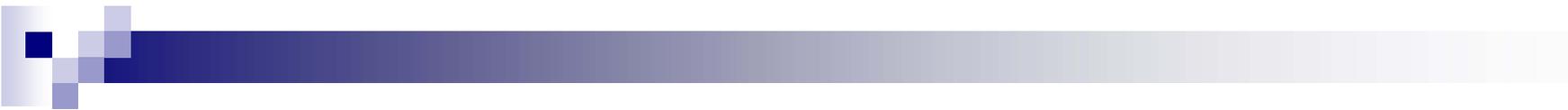
- La asistencia de un niño en riesgo nos ubica ante la necesidad de acomodarnos teórico técnicamente a un proceso que eslabona distintas etapas:
 - el encuentro con el niño en riesgo,
 - el momento de la validación de maltrato,
 - el posterior transcurrir de un tratamiento psicoterapéutico.



- Nuestra participación y el cómo nos involucramos emocionalmente está sujeta a quién es el otro- objeto del encuentro:
 - el niño temeroso, sometido o rechazante.
 - la familia preocupada, encubridora, hostilmente reactiva.
 - el representante de lo intra o interinstitucional con quien necesitamos consensuar criterios asistenciales.



- Cada uno de los pasos del proceso de intervención presenta respuestas contratransferenciales que hacen a su especificidad.



1 - El momento de la evaluación del riesgo del niño.

- El primer encuentro con la familia nos reclama reconocer y diagnosticar presuntivamente la presencia y calidad de las redes familiares o sociales que aseguran el cuidado del niño,
- dentro de un ámbito frecuentemente caracterizado por la ausencia de indicadores de maltrato claramente identificables como consecuencia del secreto familiar compartido.



Es un momento donde nos ubicamos ante la necesidad de asumirnos como los efectores del resguardo.

Nos movemos en un espacio personal y vincular atravesado por:

- la identificación con el desvalimiento del niño por un lado,
- y con las ansiedades persecutorias de los adultos por el otro.



2 - El momento en que validamos la presencia o no del maltrato...

- ...comprometiéndonos con nuestras conclusiones diagnósticas, ante la demanda de la familia o de las instituciones, nos exige el conocimiento de herramientas teórico técnicas que suelen ser puntos de confiabilidad diagnóstica o, contrariamente, material fuertemente cuestionado y desacreditado.
- Suele ser uno de los momentos del proceso de abordaje que genera mayor tensión en el terapeuta.

- 
- Las expectativas de que los diagnósticos por nosotros efectuados suelen ser necesarios para el resguardo del niño y destacar la credibilidad de sus manifestaciones, lleva a ubicar al profesional responsable en el lugar del “salvador” o el destinatario de una férrea y persecutoria oposición familiar, el “culpable”.
 - Esta frecuente reacción por parte de la familia actúa comprometiendo nuestra capacidad de comprensión y transmisión.



Durante el momento de los tratamientos psicológicos...

...se hace presente un cambio en el vínculo terapéutico; los factores de tensión propios de las etapas de evaluación de riesgo y validación dan paso al despliegue y uso de la transferencia-contratransferencia en el encuadre de un tratamiento psicológico:

- el encuentro con el mundo interno del niño afectado por las discarencias afectivas y el trauma por violencia
- el encuentro con la dinámica familiar generalmente caracterizada por presentar en el escenario de lo interpersonal: inversión de roles, relaciones inestables, inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, mecanismos primitivos de defensa.

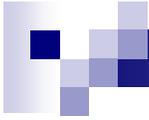


Autores psicoanalíticos que nos aportan ideas sobre la praxis

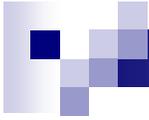
- **Otto Kernberg** sostiene que el concepto “***totalístico***” de contratransferencia abarca la totalidad de la respuesta emocional del analista consciente o inconsciente ante el paciente; reacciones a la totalidad de la realidad del paciente y a su transferencia, así como a las necesidades derivadas de la realidad del propio analista y de sus conflictos.

- 
- **Donald Winnicott**, observa que existe una “**contratransferencia objetiva**”, intensas reacciones naturales y justificadas por parte del analista ante manifestaciones extremas de la conducta del paciente hacia él o de su entorno.
 - **Racker**, habla de “**contratransferencia indirecta**”, esto es, la respuesta emocional del terapeuta ante terceros que de una u otra manera tienen cierta influencia sobre el tratamiento.

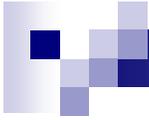
- 
- **León Grinberg** en su concepto de “**contraidentificación proyectiva**” dice: “ se ocupa de los efectos reales producidos en el objeto por el uso peculiar de la identificación proyectiva proveniente de personalidades regresivas” (1974).
 - Según Grinberg el terapeuta se ve forzado a desempeñar el papel que le sobreviene; es la violencia de la identificación proyectiva del paciente (nosotros agregamos de la familia y de los representantes institucionales) lo que directamente lo lleva, más allá de sus conflictos inconscientes, a asumir ese papel.



- El aporte de Grinberg destaca pues, una forma especial de respuesta del analista, donde el efecto de la identificación proyectiva es máximo; se ve llevado pasivamente a desempeñar el rol que, en forma activa, el paciente forzó dentro suyo, reacciona como si real y concretamente hubiera asimilado los aspectos que se le proyectan.

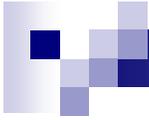


- Un ejemplo de ésto en el abordaje del niño maltratado es la falta de profundización en los contenidos de los informes diagnósticos que elaboran los terapeutas o peritos por temor, conciente o inconciente, a las consecuencias de demandas por mala praxis.
- La teoría de Grinberg nos ayuda a pensar en el estado emocional que atravesamos los profesionales de la salud cuando nos sentimos más invadidos y amenazados que comprometidos en el encuentro con el niño y su familia.



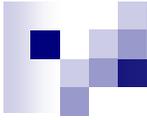
- Reconocemos que la contraidentificación proyectiva nos ofrece la posibilidad de vivenciar un espectro de emociones que comprendidas y sublimadas pueden convertirse en instrumentos técnicos útiles para entrar en contacto con los niveles más profundos del material de los pacientes.
- Siguiendo a Kemberg cuando describe el tratamiento de pacientes muy regresivos, pensamos que estas reacciones contratransferenciales, en ocasiones, revelan la esencia más significativa de las caóticas manifestaciones del paciente.

- 
- Ante un grupo familiar abusivo los terapeuta podemos perder nuestra “objetividad analítica”, es decir nuestra capacidad de recobrarlos de la posición contratransferencial creada, viéndonos paulatinamente envueltos en una distorsión emocional en relación con la familia. La “susplicacia” y “fantasías paranoides” acerca de eventuales ataques surgirían como posible respuesta.
 - En los casos de ASI el horror del incesto puede transformar al terapeuta en hiperjusticiero transformando en sanción su acción terapéutica o identificándose con la negación familiar.

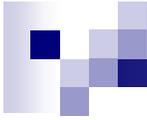


- Según Ramón C. Ganzarian la naturaleza secreta del incesto consumado pareciera “pervertir la salud mental” del profesional en su actitud frente al tema, como si el tabú del incesto se hubiera extendido a la discusión sobre el tema.
- Esto puede llevar a entender la dinámica incestuosa en forma fragmentada, asumiendo el equipo tratante la disociación familiar.

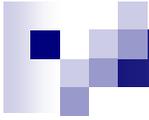
- 
- Algún terapeuta se puede ver tentado a solamente denigrar al adulto que victimizó al paciente y olvidarse que también hay un background de lealtad y culpa por parte de la víctima así como rabia, odio y rivalidad con el otro progenitor.
 - El terapeuta experimenta confusión y se pregunta si el incesto es un asunto simplemente de odio, abuso y sadismo.
 - El terapeuta, por efecto de la identificación proyectiva inductora, responde a lo que el paciente desea hacerle o que haga, de acuerdo a lo que le han hecho a él.



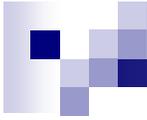
- Los efectos de las identificaciones proyectivas sobre los terapeutas llegan a los equipos.
- Un ejemplo de ésto es la competencia entre los colaboradores identificados con la cualidad de “especiales” con la que ciertos pacientes sienten haber sido criados.



- Un retraimiento o alejamiento narcisista en nuestra posición de terapeutas acarrea la pérdida de empatía, indiferencia pasiva o abandono interno y la eventual imposibilidad de continuar la tarea.
- Esto explica las dificultades en sostener la continuidad de los equipos asistenciales en maltrato infantil. Se da una constante deserción de los profesionales que no toleran las exigencias de la tarea, limitando no sólo el número de terapeutas que den respuesta a la consulta sino que también se limita el desarrollo de la especialización.



- Otra consecuencia son las dificultades en crear y sostener nuevos centros de atención sobrecargando los ya pocos existentes, dándose en éstos la exigencia de no poder dar una respuesta adecuada en tiempo y forma a la demanda de la atención de un niño en riesgo.
- Otra forma del retraimiento narcisista puede ser el alejamiento del terapeuta de la realidad, despertándose en él la infundada certeza de poder ayudar al paciente como una forma de reaparición de la omnipotencia arcaica.



- Interesa poner de relieve ante estas observaciones, la importancia de contar con un cierto grado de estructuración externa.
- La asistencia del niño maltratado, por ejemplo dentro del ámbito hospitalario, permite a los terapeutas contar con una red institucional que cumple la función de un equipo responsable y contenedor con el que se comparten y diversifican las identificaciones proyectivas de la familia. Ya no es un terapeuta, sino un equipo y una institución asumiendo la respuesta a la consulta.



Consideramos que las técnicas de intervención que permiten reducir los factores de riesgo en los profesionales implican:

- la formación y el análisis personal,
- mantener la continuidad de los espacios de pensamiento a través de supervisiones, reuniones de equipo y grupos de reflexión,
- erradicar las posiciones teóricas rígidas a través de la apertura científica,
- sostener el trabajo en red inter e intrainstitucional,
- preservar y refugiarnos en el encuadre y la metodología, manteniendo la abstinencia necesaria y respetando los límites de la ética.