

Avances psicopedagógicos

Los mecanismos de defensa de los padres hacia los profesionales: situaciones clínicas

Dolors Torres i Jordi

Psicóloga. Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAP) de la Fundació Catalana Síndrome de Down (FCSD).

Correspondencia:

Sra. Dolors Torres
Fundació Catalana Síndrome de Down
c/ Comte Borrell, 201-203, entresuelo
08029 Barcelona

Artículo recibido: 30.05.05

Resumen

El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAP) de la Fundació Catalana Síndrome de Down (FCSD) atiende a una población infantil, de una franja de edad desde el nacimiento hasta los 6 años, que presenta alguna alteración de desarrollo. En este artículo se reflexiona sobre la ansiedad que se activa en los padres cuando acuden a este servicio y sus mecanismos de defensa, las resistencias y otras reacciones de los progenitores que se pueden presentar durante los tratamientos. Con este artículo se pretende mejorar y facilitar la comprensión de estas situaciones para que el terapeuta pueda ayudar a los padres a mentalizar y simbolizar el dolor, capacitándolos para desarrollar su función de padres.

Palabras clave: Ansiedad. Atención temprana. Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Mecanismos de defensa. Resistencias.

Parental defence mechanisms against therapists: clinical situations

Abstract

The Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (CDIAP: «Child Development and Early Attention Centre») of Fundació Catalana Síndrome de Down (FCSD) caters for a child population within an age range spanning from birth up to six years and suffering from some form of development alteration.

This paper reflects upon the anxiety felt by parents upon consulting this service, together with the defence mechanisms, resistances and other parental reactions that might arise during the treatments. This article sets out to foster and develop an understanding of these situations so that the therapist can help parents to form a mental picture of and symbolise their grief, thereby helping them to carry out their parental function.

Key words: Anxiety. Early attention Centre. Defence mechanisms. Resistances.

El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAP) de la Fundació Catalana Síndrome de Down (FCSD) es un servicio que atiende a población infantil con y sin síndrome de Down (SD) que presenta alguna alteración de desarrollo. El servicio cubre los distritos barceloneses de Sarrià-Sant Gervasi y Esquerra de l'Eixample y la franja de edad desde el nacimiento hasta los 6 años.

Como CDIAP, se constituyó en 1984 y forma parte de la Red Sectorial de Atención Temprana dependiente del Departamento de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya desde 1985. En octubre de 1998, el servicio se concertó bajo un nuevo régimen con el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) y, a partir de ese momento, los servicios ofrecidos pasaron a ser públicos y gratuitos.

Puesto que la franja de edad de los niños atendidos abarca desde el nacimiento hasta los 6 años, nos encontramos en el ámbito llamado de la «primera infancia».

La clínica en primera infancia es una especialidad compleja, no sólo por la dificultad que implica atender a niños que están en proceso de relacionarse, mostrarse, desarrollarse, etc., sino porque además, aunque nuestro paciente sea el niño, nunca puede quedar desvinculado de sus progenitores, empezando por el hecho de que son ellos los que, con el acto de llevarlo al CDIAP, permiten que el niño se constituya en nuestro paciente.

Cuando un niño llega a un CDIAP lo hace porque es susceptible de presentar algún trastorno en su desarrollo o porque corre el riesgo de sufrirlo tanto por causa orgánica como psicológica o social. Ante esto, tenemos que considerar que los padres ya habrán sido avisados o informados o bien ya habrán visto que «algo no va bien». Por este mismo motivo, tarde o temprano se verán enfrentados a un estado afectivo (la ansiedad) que activará la puesta en marcha de todo un abanico de mecanismos de defensa contra el dolor que causa la pérdida de lo imaginado, de lo esperado: la pérdida del hijo ideal.

Desde el planteamiento actual de la atención temprana se entiende que hay que poder abordar las necesidades de los niños atendidos desde una perspectiva terapéutica que tenga en cuenta el contexto familiar y las relaciones paterno/materno-familiares. Conviene tener presente que la llegada de un niño o niña a un hogar responde al deseo de un hombre y una mujer de satisfacer varias necesidades narcisistas y, por tanto, el hijo será depositario de las expectativas y deseos parentales.

Como decía Winnicott, «*un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación*». Precisamente por eso los enfoques terapéuticos en la atención temprana tienen que contemplar la relación/interacción del niño con sus progenitores.

Al considerar la interacción como un proceso que presupone que cada miembro influye en el otro, cualquier acción del niño será significada por los padres y viceversa, constituyéndose así lo que Brazelton y Cramer llaman «*interacciones imaginarias*».

El papel de estas interacciones imaginarias o fantasmas paternos en la constitución del psiquismo del niño, así como las reacciones paternas a los fantasmas de su hijo o hija, constituirán una parte importantísima de la clínica en primera infancia. Es, pues, desde esta perspectiva que creemos importante reflexionar sobre los mecanismos de defensa, las resistencias y otras reacciones de los padres que se pueden presentar durante los tratamientos.

¿Qué es la ansiedad y qué función tiene?

La ansiedad es un estado afectivo que tiene una gran

relevancia en la comprensión del comportamiento humano.

Freud consideró que «*la ansiedad podía ser una señal de alarma que avisa al yo de un posible sufrimiento. Esta teoría parte de la idea fundamental de que el yo –considerado como un conjunto de actividades y funciones psíquicas– tiene por misión fundamental gestionar los recursos y las disponibilidades del organismo, de forma que se consiga la gratificación de los impulsos y se evite el sufrimiento, teniendo en cuenta que la insatisfacción de estos siempre es una fuente de placer*

» (Coderch).

Siguiendo a Tizón, la ansiedad se podría entender como «*una señal psicofísica*» que nos avisa y avisa al objeto de afecto de la posibilidad de que el vínculo se rompa.

Por tanto, la presencia o sospecha de un trastorno psicopatológico y funcional en el niño activará este estado emocional ansioso en los padres que vendrá acompañado de la manifestación de distintos mecanismos de defensa.

El hombre, para poder mantener su supervivencia, ha tenido que desarrollar distintos mecanismos de defensa que le permiten hacer frente a las situaciones de amenaza y peligro. Estos mecanismos tienen, por tanto, una función de adaptación a la realidad externa.

Como explica Tizón: «*Los mecanismos de defensa son un conjunto de operaciones mentales que tienen por objeto reducir o suprimir toda modificación interna susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo psicosociológico, del organismo humano*».

Mediante estos procesos intrapsíquicos el yo intenta protegerse del dolor mental y lo hace relegando la ansiedad al inconsciente. Por consiguiente, debemos tener en cuenta que la actuación de los mecanismos de defensa es inconsciente.

Toda defensa puede ser «normal» o «patológica» en función de la realidad externa y de las relaciones anteriores del individuo o grupo. Será «normal» cuando esté al servicio del desarrollo personal, y «patológica» cuando esté al servicio de nuestro narcisismo y, en consecuencia, dificulte la relación.

Reflexiones acerca de algunos mecanismos de defensa habituales en los padres que asisten al CDIAP

La llegada de unos padres al CDIAP es un momento importante de activación de la angustia, ya que poco tiempo antes les han avisado o informado del trastorno o dificultad que presenta su hijo o hija.

Entendemos que a los padres que se encuentran con

un hijo que no era el que esperaban y que no responde a lo que habían imaginado no les resulte fácil pedir ayuda a un profesional de la salud mental. En esas circunstancias es lógico que a partir de ese momento se ponga en marcha todo un abanico de mecanismos de defensa para protegerse del dolor que causa esa pérdida.

El hecho de poder entender qué función y finalidad tienen estos mecanismos de defensa, y analizarlos a medida que se van presentando, permitirá que el terapeuta del CDIAP pueda ayudar a los padres a mentalizar y simbolizar el dolor.

Desde nuestra práctica clínica cotidiana podemos extraer muchas situaciones clínicas que nos ayudarán a ilustrar la forma en la que se suelen presentar algunos de los mecanismos de defensa más habituales.

A continuación se presenta una relación de los mecanismos más frecuentes y conocidos y se ilustra con alguna situación clínica que se da en el ámbito del CDIAP:

– **Negación:** es el proceso por el cual el sujeto, aunque se formula deseos, ideas o sentimientos, puede creer que no le pertenecen. Con cierta frecuencia encontramos situaciones clínicas que muestran claramente este tipo de mecanismo:

- Padres que acaban de tener un hijo con un diagnóstico grave y que asisten a la primera entrevista diciendo «ya lo tenemos todo superado».
- Padres que inician la primera entrevista diciendo «nos envía la escuela... o el médico».
- Ausencia, en la primera entrevista o en la entrevista de acogida, de alguno de los dos progenitores.

– **Disociación:** es un proceso psicológico por el cual el sujeto separa las cosas agradables de las desagradables y las desconecta de sus emociones:

- Padres de niños muy graves que en la primera entrevista dan la información sonriendo.
- Padres que no conectan emocionalmente con la gravedad de su hijo y, por tanto, cuestionan la necesidad de recibir tratamiento. En algunos casos incluso acaban dejando de acudir al CDIAP.

– **Proyección:** mediante este proceso el sujeto expulsa, del conjunto de representaciones de sí mismo, algo que rechaza o que es muy ansíogeno y a continuación eso pasa a vivirse como una cualidad o característica de un objeto externo o interno:

- Padres que acaban de tener un hijo con una discapacidad o que acaban de recibir un diagnóstico médico y culpan a los profesionales del ámbito sanitario del «error que ha habido»: que durante el embarazo no controlaron bien o que el neuropediatra no conoce lo bastante el síndrome.

• Posteriormente desplazarán la culpa hacia otros profesionales que aparezcan en el entorno del niño: maestros, terapeuta, especialistas, etc.

• Padres que se quejan en otros ámbitos (en la escuela, en las visitas con los médicos...) de que el terapeuta del CDIAP no les da información ni pautas.

– **Idealización:** consiste en extremar las cualidades y el valor del objeto interno:

- Padres que idealizan y adulan al terapeuta y que incluso le hablan mal de los demás terapeutas que «ven» por el CDIAP.

– **Anulación:** es el proceso en el que se actúa o se representa lo contrario del acto o la representación mental precedente:

- Padres de un recién nacido con SD que comentan que «no se le nota el síndrome» o que «tiene poco síndrome».

– **Aislamiento:** consiste en hacer inconscientes las conexiones, las coordenadas espaciotemporales o el significado emocional de determinados traumas, conflictos o representaciones mentales conflictivas.

- Padres que no recuerdan datos relevantes del niño o de su propia historia.

– **Intelectualización:** es el proceso por el cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y emociones a fin de controlarlos:

- Padres que en las entrevistas teorizan sobre los síntomas que presenta su hijo.
- Padres que tienen un hijo con una discapacidad de etiología orgánica y que están buscando siempre información actualizada en Internet.

– **Racionalización:** consiste en intentar dar o darse una explicación coherente desde el punto de vista moral de actitudes, actos, ideas, deseos, sentimientos o cualquier otra representación mental cuyas verdaderas motivaciones no se perciben:

- Padres que mantienen determinadas pautas en la crianza de su hijo, justificadas con motivos sociolaberales, económicos, etc.: niños que aún toman biberón a los 3 años porque por la mañana los padres tienen que ir a trabajar, niños de más de 1 año que aún duermen en la habitación de los padres porque la habitación a ellos destinada «está en la otra punta de la casa y no lo oiríamos»...

Como se ha comentado anteriormente, estos serían algunos de los mecanismos que se presentan de forma más frecuente, pero hay que tener en cuenta que también existen otros más complejos que implicarían un estudio más detallado y que podrían ser motivo de otra revisión.

Las resistencias

También es interesante analizar qué pasa con estos mecanismos de defensa de los padres una vez se ha iniciado el tratamiento.

En esta situación pueden empezar a aparecer unas «fuerzas defensivas» que se oponen al proceso terapéutico, es decir, al descubrimiento de su inconsciente: las resistencias.

Nos referimos aquí, no a las resistencias del propio niño, sino a las que ponen los padres al proceso terapéutico de su hijo.

El término «resistencias» abarca todas las operaciones defensivas del aparato psíquico que entran en juego en la situación terapéutica. Por lo tanto, son fenómenos interpersonales, no mecanismos de defensa. Son siempre un fenómeno psicológico inconsciente.

Lo que desencadena la aparición de las resistencias es la relación terapéutica, que tiende a facilitar el acceso a la conciencia del material sentido como peligroso y productor de ansiedad.

Las resistencias se pueden expresar a través de cualquier procedimiento: sentimientos, impulsos, inhibiciones, formas de comportamiento, incapacidad de comprensión, erotización, etc. Al servicio de las resistencias se pueden utilizar todos los mecanismos defensivos: represión, disociación, negación...

Las resistencias se pueden observar durante los tratamientos en las siguientes situaciones:

- sobre todo al comienzo del tratamiento, cuando los padres dicen que «hoy el niño no quería venir»;
- cuando no se presentan en el CDIAP tras los períodos de vacaciones;
- con motivo de la sustitución de terapeutas (por finalización de contrato, baja maternal o enfermedad);
- cuando anulan entrevistas o sesiones sin avisar previamente;
- cuando ponen dificultades para encontrar un horario para las sesiones o las entrevistas.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, el nivel

de ansiedad de los padres es tan importante que hasta nos podemos encontrar ante situaciones que pueden desorientar al terapeuta.

Antes de terminar este artículo, quisiera reiterar la importancia que tiene la comprensión y el análisis de todos estos fenómenos psicológicos (mecanismos de defensa, resistencias y otras reacciones) para la intervención terapéutica desde el ámbito del CDIAP. Por ello querría destacar que nuestra intervención como terapeutas infantiles no será la de juzgar si unos padres lo hacen bien o mal, si son o no «buenos padres». El terapeuta del CDIAP intervendrá con vistas a ayudar a los progenitores a que puedan pensar qué puede querer o desechar su hijo o hija, qué intencionalidad y significado hay tras sus actos y demandas, al tiempo que los acompaña en el difícil camino de la exploración de los sentimientos que desvela a cada progenitor las manifestaciones del hijo. En resumen, ayudarlos a poder desplegar su función parental, ayudarlos a poder hacer de padres de este hijo que no es el que habían imaginado.

Bibliografía

- Brazelton TB, Cramer B. La relación más temprana. Barcelona: Paidós; 1993.
- Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia analítica. 2a ed. Barcelona: Herder; 1990.
- Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1996.
- Manzano J, Palacio-Espasa F. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía. Barcelona: Paidós; 1993.
- Tizón J. Apuntes para una psicología basada en la relación. 4a ed. Barcelona: Blíblària; 1995.
- Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1999.
- Wolfberg L. The technique of psychotherapy. London: W. Heinemann; 1967.