



Directorio

Psicomotricidad, Movimiento y Emoción

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

<i>Redacción</i>	<i>Gráfico</i>
Concepción Rabadán Fernández Mariano Ballesté Chorén María Esther Castillo Barnetche Mitzi Miriam León Calderón Ezequiel Martínez Martínez Adriana Abgail Romero Hernández Gabriela Tercero Quintanilla	Jimena Ayala Rabadán Rut Ramírez Lara

Nacional

Dr. Javier Amado Lerma
Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Mtro. Enrique Octavio Aragón Burgos.-
CiES

Dra. Thalia Attié Rohl
Ciudad de México, Independiente

Lic. Medicina Jimena Ayala Rabadán
Universidad La Salle

Mtra. Mariana Becerra Arzate
Ciudad de México, Independiente

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz
Ciudad de México, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche
Ciudad de México, Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez
Pachuca, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mtro. Armando Israel Escandón Muñoz
Taller Maladrón, CDMX

Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio
Ciudad de México, Independiente

Mtro. Nicolás Guzmán Nava
Ciudad de México, DIF Nacional

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga
Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior.

Mtra. Mitzi Miriam León Calderón
Ciudad de México, Independiente

Lic. Ezequiel Martínez Martínez
Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Mendoza Landeros
Ciudad de México, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez
Ciudad de México, Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Mtra. María Oswelia Murad Robles
Ciudad de México, Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo
Ciudad de México, Universidad Iberoamericana

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl
Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz
Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México

Mtra. Adriana Abgail Romero Hernández
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero
Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Gabriela Tercero Quintanilla
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya
Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Comité Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano
Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Mtra. Katia Fabiola Medina Sanjinés
Bolivia

INDICE

EDITORIAL. PSICOMOTRICIDAD: UNA MAESTRÍA CLAVE PARA LA TRANSFORMACIÓN PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ PARA LA GESTIÓN DEL ESTRÉS Y BIENESTAR EMOCIONAL. Erandin Victoria Cruz Hernández

¿CÓMO PENSAR LA PSICOMOTRICIDAD CON WINNICOTT?

Concepcion Rabadán Fernández

FRONTERAS DEL MUNDO INTERIOR O DEL SELF, EL LADO NEGATIVO DE LAS RELACIONES Y EL TIEMPO, CON WINNICOTT . Concepcion Rabadán Fernández

EN LA INTERDISCIPLINA

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DURANTE LA ADOLESCENCIA

José Mendoza Landeros

HIPERCONECTIVIDAD: ALIADA O ENEMIGA DE NUESTRA SALUD MENTAL.

FENÓMENO – COVID-19. Mauricio Tehuitzil Ruiz

CONCEPTUALIZACIONES DEL SUICIDIO, SEGÚN VARIOS AUTORES

Eloy Margarita Aguilar

EDITORIAL

PSICOMOTRICIDAD: UNA MAESTRÍA CLAVE PARA LA TRANSFORMACIÓN PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

En un mundo donde la salud integral de las personas exige enfoques cada vez más holísticos y complejos, la psicomotricidad emerge como un campo esencial para los fisioterapeutas que buscan ampliar su horizonte profesional y profundizar en el entendimiento del cuerpo y sus interacciones con la emoción, la cognición y los otros.

La maestría en psicomotricidad no solo representa una especialización académica, sino un compromiso con la complejidad del ser humano. Más allá de los métodos tradicionales de rehabilitación física, esta disciplina permite a los fisioterapeutas intervenir desde una perspectiva integradora, atendiendo tanto a las capacidades motoras como a las necesidades emocionales, neuromotoras, cognitivas y de socialización de sus pacientes.

A través del estudio de la psicomotricidad, los profesionales de la fisioterapia adquieren herramientas para comprender cómo el movimiento no es solo funcional, sino también un lenguaje que refleja el estado emocional, las vivencias internas y las relaciones sociales. Este enfoque resulta invaluable en contextos tan diversos como la rehabilitación neurológica, el trabajo con personas con trastornos del desarrollo y el apoyo en procesos de envejecimiento activo.

Además, en el contexto de los avances neurocientíficos, la psicomotricidad permite a los fisioterapeutas participar en investigaciones que conectan el movimiento con el cerebro y las emociones, contribuyendo a una base científica sólida que fortalece su práctica. A la rehabilitación de la articulación y el músculo se agrega el movimiento desde el gesto espontáneo, la mirada, la creatividad, sostenidos por la relación tónico emocional.

En el CiES, hemos diseñado esta maestría como un puente entre la teoría y la práctica, integrando técnicas de intermediación corporal que favorecen el desarrollo de competencias, inteligencia emocional, creatividad y habilidades terapéuticas únicas. Creemos firmemente que, al optar por la psicomotricidad, los fisioterapeutas no solo amplían su campo de acción, sino que también potencian su capacidad de marcar una diferencia significativa en la vida de sus pacientes.

En esta edición de *Psicomotricidad: Movimiento y Emoción*, exploraremos cómo la psicomotricidad transforma la fisioterapia, la educación y por qué apostar por esta formación puede ser una decisión que redefine tanto la práctica profesional como el impacto social.

Concepción Rabadán Fernández

Comité editorial, Revista Psicomotricidad: movimiento y emoción

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ PARA LA GESTIÓN DEL ESTRÉS Y BIENESTAR EMOCIONAL

ERANDIN VICTORIA CRUZ HERNÁNDEZ

Lic. en Psicología, Maestra en Psicomotricidad por el CiES, Ciudad de México,

Recepción: 09 noviembre 2024/ Aceptación: 26 noviembre 2024

RESUMEN

Se presenta una propuesta de intervención psicomotriz para disminuir el estrés del personal administrativo de una institución gubernamental mexicana. Basada en principios de psicomotricidad, la intervención incluye técnicas como respiración profunda, exploración corporal, expresión emocional a través del movimiento, relajación, juegos cooperativos y reflexión. Se maneja una metodología cualitativa y longitudinal que permite evaluar el impacto de la propuesta, utilizando el Test de Estrés Laboral del IMSS. El proyecto se desarrolla en un entorno controlado dentro de la institución, lo que garantiza un espacio propicio para las sesiones.

PALABRAS CLAVE: conciencia corporal, estrés, intervención psicomotriz, juegos cooperativos, regulación emocional, relajación, técnicas de respiración.

SUMMARY

A proposal for psychomotor intervention is presented to reduce stress among administrative staff in a Mexican governmental institution. Based on psychomotor principles, the intervention includes techniques such as deep breathing, body exploration, emotional expression through movement, relaxation, cooperative games, and reflection. A qualitative and longitudinal methodology is employed to assess the impact of the proposal, using the Work Stress Test from IMSS. The project is conducted in a controlled environment within the institution, ensuring an appropriate space for the sessions.

KEY WORDS: psychomotor intervention, stress, breathing techniques, relaxation, cooperative games, emotional regulation, body awareness.

RESUMÉ

Une proposition d'intervention psychomotrice est présentée pour réduire le stress du personnel administratif d'une institution gouvernementale mexicaine. Fondée sur les principes de la psychomotricité, l'intervention comprend des techniques telles que la respiration profonde, l'exploration corporelle, l'expression émotionnelle à travers le mouvement, la relaxation, les jeux coopératifs et la réflexion. Une méthodologie qualitative et longitudinale est utilisée pour évaluer l'impact de la proposition, en utilisant le Test de Stress au Travail de l'IMSS. Le projet se déroule dans un environnement contrôlé au sein de l'institution, garantissant un espace propice pour les séances.

MOTS-CLÉS: intervention psychomotrice, stress, techniques de respiration, relaxation, jeux coopératifs, régulation émotionnelle, conscience corporelle.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se propone una intervención psicomotriz para reducir el estrés y promover el bienestar emocional a través de técnicas de respiración, exploración corporal, expresión emocional a través del movimiento, relajación y juegos cooperativos. Ello, a partir de la interacción entre cuerpo y mente.

El estrés es una respuesta natural del organismo frente a situaciones percibidas como amenazantes, según Hans Selye (74) en [1], quien describió tres etapas fundamentales: la fase de alarma, en la que el organismo percibe la amenaza y se prepara para enfrentarla; la fase de resistencia, durante la cual el cuerpo desarrolla recursos para adaptarse y responder a la situación estresante; y la fase de agotamiento, en la que los recursos se agotan si el estrés persiste sin un periodo de descanso y recuperación [1].

Lazarus y Folkman (86) en [2] amplían esta perspectiva indicando que cualquier evento externo o psicosocial puede ser visto como una amenaza, dependiendo de la percepción del sujeto de sus recursos para enfrentarlo, lo cual puede llevarlo al distrés, o al eustrés, cuando percibe que sus recursos son adecuados para el logro de metas [2].

El distrés prolongado puede resultar en afectaciones psicológicas, físicas y sociales, como insomnio, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, y trastornos musculoesqueléticos, entre otros (87)[2].

PSICOMOTRICIDAD

La Psicomotricidad como disciplina entiende el movimiento humano no sólo como una acción física, sino como un medio para desarrollar y expresar las capacidades motrices, afectivas, sociales, comunicativas e intelectuales del individuo en su entorno (25)[3]. Especialmente en adultos, la Intervención Psicomotriz busca promover una reevaluación positiva de la relación del individuo con su cuerpo y su interacción cotidiana, fomentando una realización personal más plena [4].

El estado actual de un adulto refleja una interpretación de sus experiencias pasadas, especialmente en cómo estas afectan su psicocorporalidad y sus mecanismos de afrontamiento [4]. Por lo tanto, los síntomas presentes se interpretan como respuestas de su sistema a situaciones no resueltas desde la infancia. En ese sentido, las tensiones emocionales pueden manifestarse como tensión muscular y viceversa (8)[5]. Así, según Reynoso (8)[5] y Berruezo (7)[3], al reconocer y manejar emociones ligadas al estrés, se puede reducir su impacto físico; esto es, modulando las expresiones corporales asociadas al estrés, es posible mitigar su carga emocional y mejorar la experiencia de eventos estresantes.

PSICOMOTRICIDAD Y ESTRÉS

Reynoso [5] explora el estrés laboral y propone una intervención psicomotriz centrada en el cuerpo para mejorar el bienestar emocional. Ésta incluye técnicas generales como ejercicio físico y hábitos saludables; técnicas cognitivas, como la reorganización cognitiva; técnicas fisiológicas, como la relajación; y técnicas conductuales, como el entrenamiento en habilidades sociales. En su propuesta, utiliza el movimiento, la postura y el gesto para potenciar habilidades motoras, afectivas, comunicativas e intelectuales.

Vergara [6] estudia el síndrome del cuidador primario y sugiere una intervención psicomotriz para mejorar la salud física y emocional de estos cuidadores. Para ello, comienza por que los participantes identifiquen signos corporales como dolor muscular y posturas inadecuadas, y propone técnicas para mejorar la percepción corporal, la movilidad y la comunicación de necesidades a través del movimiento y la expresión corporal y verbal.

OBJETIVO: Desarrollar una intervención psicomotriz para reducir el estrés en el personal administrativo de una institución gubernamental.

METODOLOGÍA

Universo de trabajo: Institución gubernamental mexicana.

Muestra: Hombres y mujeres mayores de 18 años con educación de bachillerato en adelante, trabajando al menos 8 horas diarias y con al menos un año de antigüedad o puntaje de 25 en el Test de Estrés Laboral del IMSS.

Espacio: Aula de 6x5 metros dentro de las instalaciones institucionales, adaptada para las sesiones.

Tipo de estudio: Cualitativo, longitudinal; incluye evaluaciones inicial y final del estrés laboral.

Viabilidad del proyecto: El proyecto se enfoca en capacitar a los participantes para identificar y manejar el estrés, adaptándose a las circunstancias organizacionales. La institución provee los recursos necesarios, incluyendo el espacio y la población adecuada para el estudio.

MATERIAL PARA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

Sesión de evaluación: copias del Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social, plumas de color indistinto, tablas para recargarse.

Sesión 1: tapetes, ejercicio de respiración profunda.

Sesión 2: tapetes, bocina, pistas de música variada.

Sesión 3: tapetes, ejercicio de relajación progresiva de Jacobson, ejercicio de visualización guiada.

Sesión 4: instrucciones de juegos, telas, material para la construcción del puente, según se aprueba en la institución.

Sesión 5: hojas blancas, plumas o lápices, tablas para recargarse, copias del Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

Instrucción y preparación: Se instruirá a los colaboradores sobre el uso de los materiales y los objetivos de cada sesión, basados en el sustento literario pertinente.

Aplicación del Test de Estrés Laboral: Los participantes serán citados en grupos de 20 a 30 personas para completar el Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Selección de participantes: Se calificarán los cuestionarios y se invitará a participar en la Intervención Psicomotriz a aquellos que cumplan con los criterios establecidos. Estos seleccionados deberán elegir un horario para asistir al taller.

Preparación del espacio: Antes de cada sesión (1-5), se preparará el espacio colocando el material correspondiente en cada área designada.

Recogida del material: Al finalizar cada sesión, se procederá a recoger el material utilizado.

Evaluación post-intervención: Al concluir la Sesión 5, se aplicará nuevamente el Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social para evaluar si ha habido cambios en los resultados después de la intervención psicomotriz.

RESULTADOS

Sesiones

Sesión 1: Exploración Corporal y Respiración

Objetivos para los asistentes: aprender técnicas de respiración profunda para reducir el estrés y la ansiedad, explorar conscientemente las sensaciones corporales para identificar y liberar la tensión muscular, desarrollar la capacidad de estar en el momento presente y aumentar la conciencia corporal.

Justificación teórica desde la perspectiva psicomotriz:

La respiración profunda conduce a un estado de relajación y calma, que disminuye la tensión muscular, el pulso cardíaco y los niveles de cortisol (la hormona del estrés), a la vez que ayuda a reducir la ansiedad y estrés [7]; por ello, se propone como medida para regular la respuesta al estrés y mejorar la capacidad de gestión de emociones .

Por otro lado, la exploración corporal permite tomar conciencia de las sensaciones físicas en el cuerpo, identificar su vínculo con las emociones y resignificarlas [8].

En conjunto, estas son herramientas prácticas para reducir el estrés, promover una mayor conciencia de sí mismos y de su relación con su cuerpo y sus emociones; y finalmente conseguir que el sujeto “aprenda a inhibir su tono muscular y a regular sus ajuste posturales y cinéticos, pudiendo distinguir los elementos corporales y deteniéndose en su distensión. Por la relación entre lo tónico y lo emocional, la relajación se asocia a sensaciones de bienestar” (8)[3].

Instrucciones paso a paso:

1. Dar la bienvenida a los participantes y explicar que el objetivo de la sesión es reducir el estrés a través de la exploración corporal y la respiración.
2. Ejercicios de respiración profunda guiada:
 - a. Pedir a los participantes que se sienten cómodamente en los tapetes.
 - b. Indicarles que mantengan la espalda recta pero relajada.
 - c. Iniciar la respiración profunda guiada.
 - i. Respiración diafragmática: Este ejercicio implica inhalar profundamente por la nariz, permitiendo que el diafragma se expanda hacia abajo y que el abdomen se eleve, y luego exhalar lentamente por la boca, contrayendo el abdomen.
 - d. Recordarles que se enfoquen en la sensación de la respiración para calmar la mente y el cuerpo.
3. Ejercicios de exploración corporal:
 - a. Invitar a los participantes a cerrar los ojos y mover lentamente las extremidades.
 - b. Animarles a prestar atención a las sensaciones físicas en diferentes partes del cuerpo, reconociendo la tensión y la relajación muscular.
 - c. Recordarles que se permitan sentir sin juzgar las sensaciones que experimentan.
4. Invitarlos a reflexionar y compartir sus reflexiones de las actividades.

Sesión 2: Expresión Emocional a través del Movimiento

Objetivos para los asistentes: explorar y expresar libremente emociones a través del movimiento corporal, fomentar la conciencia emocional y la expresión emocional, promover la conexión entre el cuerpo y las emociones como una forma de gestionar el estrés.

Justificación teórica desde la perspectiva psicomotriz:

Según Fonseca [9], “todas las necesidades, pulsiones y emociones se expresan a través del cuerpo” (87), por lo que el movimiento corporal ayuda a expresar y procesar emociones. Schilder (85) en [9] también “entiende el esquema corporal como el conocimiento de la experiencia de nuestro propio cuerpo”. Por su parte, Le Boulch (11) en [3] define el esquema corporal como *una intuición global o conocimiento inmediato que nosotros tenemos de nuestro propio cuerpo, tanto en estado de reposo como en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y con los objetos que nos rodean*.

Es por ello que se sugiere esta sesión, misma que se propone en un espacio seguro y libre de juicio, para que los participantes se muevan y conozcan su cuerpo, como la base para la expresión y aceptación de sus emociones, pues se espera que por medio de ello, desarrollen conciencia emocional y corporal, a través de la representación que hacen de sí mismos y de los objetos del mundo con los que se relaciona (14)[3], para finalmente, identificar formas óptimas de lidiar con el estrés, *de acuerdo a sus propias posibilidades* (12)[3].

Cuando el cuerpo se mueve, entra en acción el equilibrio dinámico, que está muy ligado al control postural y el esquema corporal; si el equilibrio es defectuoso, el cuerpo ocupa recursos para compensar el desequilibrio y la caída, y genera ansiedad. Si el equilibrio y el movimiento es armonioso, el tono (actitud) hace el que las posturas en movilidad sean también un estado de ánimo (10)[3].

Se propone que los movimientos se realicen al ritmo de una canción que, se ha identificado, tiene un efecto positivo en la reducción del estrés: “Canon in D Major”- Pachelbel [10], así como de canciones que representen a los participantes agrado y tranquilidad, debido a lo hallado por Corona, Estaún y Cladellas [11], respecto a que música considerada “agradable” genera estados de ánimo positivos y ayuda en la reducción de la ansiedad.

Instrucciones paso a paso:

1. Iniciar la sesión con un breve calentamiento para preparar el cuerpo para el movimiento: ejercicios simples de estiramiento y movilidad articular para relajar los músculos y aumentar la circulación sanguínea.
2. Solicitar a los participantes sugerir canciones que les resulten agradables y relajantes.
3. Tiempo para el movimiento libre, al ritmo de la música:
 - Dar espacio a los participantes para moverse libremente en el área designada, al ritmo de la música: “Canon in D Major” y las canciones propuestas por ellos.
 - Animarlos a expresar diferentes emociones a través del movimiento corporal, sin juzgarse ni juzgar a otros.
4. Reflexión final sobre las experiencias vividas: invitarlos a formar un círculo y compartir cómo se sintieron durante el ejercicio, así como qué emociones pudieron expresar a través del movimiento.

Sesión 3: Relajación y Visualización Guiada

Objetivos para los asistentes: experimentar una profunda relajación física y mental, practicar la visualización guiada como una herramienta para reducir el estrés y promover la calma, reflexionar sobre la experiencia de la relajación y la visualización como parte del proceso de autoconocimiento y cuidado personal.

Justificación teórica desde la perspectiva psicomotriz:

La relajación muscular progresiva (RMP) sirve para reducir la tensión física y el estrés, debido a que el estado de relajación es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad, y al aprender a distinguir entre la tensión y la relajación muscular, es posible reducir la activación fisiológica asociada con el estrés (5)[12]. Como dice Berruezo (7), es importante regular el tono de acuerdo a la tensión muscular necesaria para cada movimiento y evento [3].

Por otro lado, la visualización guiada se basa en la idea de que la mente puede influir en la experiencia corporal, produciendo efectos diversos en la salud (19)[13]. Así, al imaginar un lugar tranquilo y seguro, se contribuye a reducir el estrés y la ansiedad.

En conjunto, la sesión de relajación y visualización guiada ofrece a los participantes una experiencia profunda de relajación.

Instrucciones paso a paso:

1. Dar la bienvenida a los participantes y explicar que la sesión se centrará en la relajación y la visualización guiada. Invitar a los participantes a acostarse cómodamente en los tapetes y cerrar los ojos.
2. Guía de relajación muscular progresiva y visualización de un lugar tranquilo:
 - Instruirlos a enfocarse en su respiración, inhalando profundamente por la nariz y exhalando lentamente por la boca. Indicarles contraer un grupo muscular específico (brazos, piernas, abdomen, espalda, etc.), durante 5 segundos, mientras inhalan. Luego, que suelten la tensión rápidamente mientras exhalan y sienten la relajación en ese grupo muscular. Repetir el proceso con cada grupo muscular, avanzando gradualmente por todo el cuerpo.
 - A medida que se relajan, guiar a los participantes a visualizar un lugar tranquilo y seguro, como una playa o un bosque. Animarlos a explorar este lugar con todos sus sentidos, imaginando los sonidos, colores, olores y sensaciones físicas que experimentarían, como la luz del sol y la brisa. Invitarlos a sumergirse completamente en esa escena, sintiendo la calma y la paz que transmite.
3. Regreso a la conciencia plena y reflexión sobre la experiencia:
 - Después de la visualización, guiar suavemente a los participantes de vuelta a la conciencia plena, recordándoles su entorno presente. Permitir un momento de silencio para que los participantes se reorienten y se vuelvan conscientes de sus cuerpos y su respiración.
 - Invitarles a reflexionar brevemente sobre su experiencia y compartir con el grupo.

Sesión 4: Juegos Cooperativos y Trabajo en Equipo

Objetivos para los asistentes: experimentar la colaboración y el apoyo mutuo a través de juegos cooperativos, desarrollar habilidades de trabajo en equipo que puedan aplicarse en diferentes contextos, reconocer la importancia del trabajo en equipo para reducir el estrés y fortalecer las relaciones interpersonales.

Justificación teórica desde la perspectiva psicomotriz:

Según Berruezo (28)[3], *el juego y el movimiento actúan como verdadero motor del desarrollo individual*; pues es a través del juego que el sujeto se equivoca sin vivir las plenas consecuencias de sus errores, va más allá de los límites que su realidad le plantea, externaliza su mundo interno con creatividad y espontaneidad, y asimila nueva información, a la vez que desarrolla su personalidad. El juego también sirve para que el sujeto descubra sus posibilidades de acción en el ámbito afectivo, cognitivo y motor.

Asimismo, la presencia e interacción con los otros, genera emociones y reacciones, que ocasionan la modificación de la conducta individual (29)[3]; de ahí que se sugieren los juegos cooperativos para esta última sesión, ya que, además, el apoyo social funge como un factor de protección al generar recursos para enfrentar situaciones difíciles (79)[14].

El juego de construcción de un puente se eligió porque involucra manipular objetos y planificar en conjunto con otros, hechos que apoyan al fortalecimiento de habilidades motoras y fomentan el trabajo en equipo. Por otra parte, el juego de la alfombra mágica promueve la cooperación y la coordinación motora; lo cual, desde la perspectiva psicomotriz, promueve la conciencia corporal, la adaptabilidad y el trabajo en equipo, que son aspectos importantes para el manejo del estrés y la mejora de las habilidades sociales..

En resumen, se busca que los participantes aprendan habilidades sociales y emocionales.

Instrucciones paso a paso:

1. Dar la bienvenida a los participantes y explicar que la sesión se centrará en juegos cooperativos para fomentar el trabajo en equipo y reducir el estrés. Presentar brevemente los juegos y dividir a los participantes en equipos.
2. Realización de los juegos cooperativos:
 - Juego de Construcción de un Puente: dividir al grupo en equipos de 4 a 6 personas. Brindar a cada equipo materiales para construir un puente entre dos puntos (por ejemplo, bloques de construcción o palos y cuerdas). El objetivo es construir un puente que soporte el paso de una pelota de un extremo al otro.
 - Juego de la Alfombra Mágica: colocar una alfombra o una tela grande en el suelo; los participantes deben estar de pie sobre la "alfombra mágica". El

objetivo es voltear la alfombra completamente sin que ningún participante pise fuera de ella. Los participantes deben coordinar sus movimientos y trabajar juntos para lograr la tarea sin dejar que nadie se salga de la "alfombra mágica".

3. Reunir a los participantes para reflexionar sobre la experiencia. Fomentar la discusión sobre cómo las habilidades de trabajo en equipo y la cooperación pueden aplicarse en la vida cotidiana para reducir el estrés y mejorar la calidad de las interacciones sociales.

Sesión 5: Integración y Reflexión

Objetivos para los asistentes: integrar las experiencias vividas durante las sesiones anteriores en un proceso de reflexión personal, compartir y aprender de las experiencias de los demás para enriquecer el propio proceso, consolidar los aprendizajes obtenidos y establecer metas para el futuro en términos de autocuidado y bienestar emocional.

Justificación teórica desde la perspectiva psicomotriz:

Según Cohen y Wills (353)[15], compartir reflexiones en grupo permite aprender de las experiencias de los demás y promueve la construcción de redes de apoyo, que son fundamentales para el bienestar psicológico. De ahí que se propone que en esta sesión se integren de manera grupal las reflexiones personales.

Instrucciones paso a paso:

1. Dar la bienvenida a los participantes y explicar que la sesión se centrará en la integración de las experiencias vividas durante las sesiones anteriores y en la reflexión sobre su significado. Establecer un ambiente de apertura y respeto para facilitar la comunicación y el intercambio de ideas.
2. Tiempo para escribir y reflexionar individualmente sobre las experiencias vividas. Proporcionar hojas de papel y plumas o lápices. Invitarlos a escribir cómo se sintieron durante las sesiones anteriores y qué aprendizajes tuvieron.
3. Compartir reflexiones en grupo y cierre de la sesión: invitarlos a compartir voluntariamente sus reflexiones en grupo. Facilitar el que todos proporcionen retroalimentación constructiva, según lo consideren pertinente.
4. Cerrar la sesión, agradeciendo la participación y haciendo hincapié en la importancia del autocuidado y la autoexploración continua.

CONCLUSIÓN

Se ha presentado una propuesta de intervención psicomotriz orientada a la reducción del estrés en el personal administrativo de una institución gubernamental. Ésta pretende abordar la gestión del estrés de manera integral, tomando como base los principios psicomotrices que consideran de manera intrínseca tanto al cuerpo como a la mente, por medio de la mejora de la conciencia corporal y emocional. La integración de las actividades presentadas supone un modelo de intervención novedoso respecto a lo registrado en la literatura, que, además, puede adaptarse a diversos contextos laborales, para promover el bienestar emocional de los empleados y mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, pese a que la propuesta no ha sido implementada, los principios planteados pueden servir como sustento para futuras aplicaciones prácticas e investigaciones; sin embargo, se sugiere ajustar las técnicas según la población y los objetivos particulares que se persigan.

Finalmente, se considera que la implementación de esta propuesta, con las especificaciones que se requieran para un contexto determinado, podría contribuir significativamente al bienestar integral de los empleados y marcar un hito en el desarrollo de políticas encaminadas a promover ambientes de trabajo más saludables y productivos.

BIBLIOGRAFÍA

[1] RODRIGUEZ, J. y RIVAS, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med. segur. trab.* [online]. 57, 72-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500006&lng=es&nrm=iso.

[2] OSORIO, E. y CÁRDENAS, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* [internet]. 13(1), 81-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67952833006>

[3] BERRUEZO, P. (2000). El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. (ed.) *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. Madrid: Miño y Dávila.

[4] PAPANDREA, A. (2018). *Abordaje psicomotor de adultos*. Argentina: Imago Mundi.

5] REYNOSO, A. (2020). La Psicomotricidad como recurso en el manejo del estrés laboral en empleados administrativos. *Revista Psicomotricidad Movimiento y Emoción (PsiME)*. 6 (1.)

[6] VERGARA, P. (2020). Psicomotricidad como medio para prevenir el Síndrome del Cuidador en la atención de personas con discapacidad (PCD). *Revista Psicomotricidad Movimiento y Emoción (PsiME)*. 6 (2).

[7] ALCÁZAR-OLÁN, R. y RIVERA, P. (2019). La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla. E-consulta. 2019, fecha de consulta: 2024-09-09. Disponible en _____

[8] Herramientas indispensables en Health Coaching. (2024-09-09). Disponible en _____

[9] DA FONSECA, V. (1996). La importancia del conocimiento del cuerpo en el desarrollo psicológico del niño. En Da Fonseca, V. *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: INDE Publicaciones, 2000.

[10] KNIGHT, W. y Cols. (2001). Relaxing music prevented stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *Journal of Music Therapy*. 38(4), 254-272.

[11] GONZÁLEZ, C. y Cols. (2020). Música como reductor de ansiedad: un estudio piloto. *Ansiedad y Estrés*. 26(1), 46-51.

[12] CASTRO, B. y Cols. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. *Revista Información Científica*. 65(1). Fecha de consulta: 2024-09-09. Disponible en : _____

[13] VALIENTE, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*. 3(1), 19-34.

[14] ORCASITA, L. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina*. 4(2), 69-82, fecha de consulta: 2024-09-09.

Disponible en: _____

[15] COHEN, S. y WILLS, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2), 310-357.

¿CÓMO PENSAR LA PSICOMOTRICIDAD CON WINNICOTT?

CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ

Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Coautora del libro Más allá de la terapia de juego, los fundadores y autora del libro Winnicott: clínica de las agonías primitivas. Ocupa el cargo en la Dirección Académica del Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 16 de septiembre 2024/ Aceptación: 01 diciembre 2024

RESUMEN

El verdadero self surge de los tejidos y las funciones corporales, incluso de la acción del corazón y de la respiración. Se examina el modo como la madre satisface la omnipotencia infantil revelada en **un gesto espontáneo o agrupamiento sensorio motor**. La idea del self verdadero se vincula con el gesto espontáneo. La fusión de la motilidad y los elementos eróticos están en proceso de hacerse reales en el primer año de vida del bebé. En el individuo sano que tiene un self con un aspecto sumiso, pero que existe y es un self creativo y espontáneo, hay al mismo tiempo capacidad para usar símbolos. En otras palabras, en este sentido la salud está estrechamente ligada con la capacidad para vivir en un ámbito intermedio entre el sueño y la realidad que es denominado zona intermedia de experiencia como sucede en el juego, la vida cultural y la religiosa.

PALABRAS CLAVE: agresión, equilibrio, despreocupación, espacio transicional o potencial, existencia, fuerza vital, gesto espontáneo o verdadero self, movimiento, preocupación, psicomotricidad.

SUMMARY

The true self arises from the tissues and functions of the body, including the action of the heart and breathing. The way in which the mother satisfies the infantile omnipotence revealed in a spontaneous gesture or sensory-motor grouping is examined. The idea of the true self is linked to the spontaneous gesture. The fusion of motility and erotic elements are in the process of becoming real in the first year of the baby's life. In the healthy indivi-

dual who has a self with a submissive aspect, but who exists and is a creative and spontaneous self, there is at the same time the capacity to use symbols. In other words, in this sense health is closely linked to the ability to live in an intermediate realm between dream and reality that is called the intermediate zone of experience, as happens in play, cultural and religious life.

KEY WORDS: aggression, balance, carefreeness, transitional or potential space, existence, vital force, spontaneous gesture or true self, movement, concern, psychomotor skills.

RÉSUMÉ

Le véritable soi naît des tissus et des fonctions du corps, notamment de l'action du cœur et de la respiration. La manière dont la mère satisfait la toute-puissance infantile révélée par un geste spontané ou un regroupement sensori-moteur est examinée. L'idée du vrai soi est liée au geste spontané. La fusion de la motricité et des éléments érotiques est en train de devenir réelle dès la première année de la vie du bébé. Chez l'individu sain qui a un moi avec un aspect soumis, mais qui existe et est un moi créatif et spontané, il y a en même temps la capacité d'utiliser des symboles. En d'autres termes, en ce sens, la santé est étroitement liée à la capacité de vivre dans un domaine intermédiaire entre le rêve et la réalité, appelé zone intermédiaire de l'expérience, comme c'est le cas dans la vie ludique, culturelle et religieuse.

MOTS CLÉS: agressivité, équilibre, insouciance, espace transitionnel ou potentiel, existence, force vitale, geste spontané ou vrai soi, mouvement, inquiétude, capacités psychomotrices.

INTRODUCCIÓN

Donald Wood Winnicott (1896-1971), pediatra y psicoanalista inglés, desarrolló la teoría del desarrollo emocional primitivo, una herramienta fundamental para comprender por qué enferman tanto los bebés como los pacientes a los que inicialmente denominó no psicóticos y más tarde fronterizos. Esta teoría puede considerarse una extensión del estudio sobre el narcisismo primario propuesto por Sigmund Freud. Winnicott plantea una visión de la creatividad que emerge desde el vacío como un espacio potencial vinculado a la existencia y la continuidad existencial. Divide el desarrollo emocional primitivo en tres fases: la primera, una relación unicorporal, caracterizada por el sostén, la ilusión y la preintegración o predepresión, que abarca desde el nacimiento hasta los 3 o 5 meses de vida; la segun-

da, una relación bicorporal, marcada por la integración o etapa depresiva, que ocurre entre los 5 o 6 meses y los 18 meses; y la tercera, una fase de comprensión o realización con un mundo compartido, que se desarrolla desde los 18 meses hasta los 3 años de edad

ESPACIO POTENCIAL DE CREATIVIDAD: fenómenos transicionales, tercera zona de experiencia, el juego, la cultura y la religión.

El bebé y la madre comparten un espacio en el que ella sostiene la idea de un entorno que envuelve al bebé, permitiéndole así construir gradualmente su propio espacio. Winnicott lo explica:

En la primera etapa, el bebé es una criatura viva y autocontenida, rodeada de espacio, sin conocer nada excepto a sí mismo. En la segunda etapa, el bebé mueve un codo, una rodilla o se estira un poco, atravesando el espacio y sorprendiendo al entorno. En la tercera etapa, la madre que sostiene al bebé se sobresalta porque sueña el timbre y se derrama el agua; nuevamente, el espacio ha sido atravesado, pero esta vez es el entorno el que ha sorprendido al niño (37-38) [1].

La experiencia cultural y religiosa emerge como una extensión directa del espacio intermedio de experiencia, manifestándose como fenómeno transicional o como tercera zona de experiencia, vinculada al juego;

sin duda alguna, el concepto de objeto transicional y de fenómenos transicionales me llevó a querer estudiar esa zona intermedia que tiene que ver con la experiencia de vivir, y que no es ni sueño ni relación de objeto. Al mismo tiempo que no es ni lo uno ni lo otro, es también ambas cosas. Esta es la paradoja esencial, y en mi artículo sobre los fenómenos transicionales la parte más importante (en mi opinión), es cuando sostengo que tenemos que aceptar la paradoja, no resolverla. Los objetos y los fenómenos transicionales son universales y variables. El estudio de los fenómenos transicionales suministra un fundamento valioso al investigador del crecimiento y del desarrollo humano (247) [2].

Existen diferencias entre los fenómenos transicionales y la tercera zona de experiencia. En el espacio transicional de los fenómenos paradójicos (fenómenos transicionales), el niño experimenta una excitación derivada de la ilusión de ser el creador tanto del pecho

como de sí mismo, ante la paradoja de estar presente el pecho. Por otro lado, en la tercera zona de experiencia, el bebé alcanza un estado de relajación mientras está no integrado, contemplando sin excitación, pero preparado para experimentar una nueva excitación. El juego integra elementos tanto del fenómeno transicional como de la tercera zona de experiencia. Del fenómeno transicional, toma el apoyo en objetos externos, como los juguetes, mientras que de la tercera zona de experiencia incorpora el estado de despreocupación en relación con procesos como la incorporación, digestión, retención y expulsión. Un ejemplo de esto es el amigo imaginario, que Winnicott describe de la siguiente manera:

Por ejemplo, la creación del compañero imaginario es primitiva y mágica y no se trata de simples construcciones de la fantasía. Se emplea fácilmente a modo de defensa, ya que mágicamente dejan a un lado todas las angustias asociadas con la incorporación, digestión, retención y expulsión (207) [3].

En el espacio de un ambiente de sostén, el bebé experimenta momentos de integración y otros de no integración. Al estar relajado en un estado de no integración, pero sostenido por el entorno, alcanza una tercera zona de experiencia. En este contexto, la madre-ambiente piensa por el bebé y en el bebé, pero en la segunda fase, conocida como depresiva, el bebé comienza a pensar por sí mismo. Este desarrollo facilita la continuidad de la residencia de la psique en el soma.

En otras palabras, las transiciones que facilitan la residencia psique-soma ocurren inicialmente dentro de un espacio de sostén proporcionado por el ambiente y la madre-ambiente en la primera fase y posteriormente, en la segunda fase, a través del pensamiento propio del bebé. Durante la primera fase, la imaginación, en sintonía con el funcionamiento corporal, promueve la residencia psique-soma. En la segunda fase, el pensamiento autónomo del bebé refuerza esta residencia, desde el verdadero self con un esquema corporal o yoself o cuerpoself.

En el espacio potencial la negativización orienta las fronteras de uno mismo, y las de la piel, facilitando un olvido temporal del funcionamiento corporal y posibilitando la construcción progresiva de la experiencia de ausencia [4]. En este espacio madre-bebé está implicado el espacio de creatividad del propio bebé entre las fronteras que trazan las paradojas (es el pecho y no es el pecho; es el self y no es el self) en una continuidad existencial siempre al borde de las agonías primitivas que trazan las fronteras de **lo mío propio**

(cuerpo self, a la manera de lo sagrado) en un relación unicorporal; **lo mío secreto**, íntimo (en la frontera yopiel) en una relación bicorporal y la frontera **yo no-yo** en un mundo compartido en una relación tricorporal con la primera posición del objeto transicional que también llama objeto no yo. Otra manera de decirlo es que se crea el mundo interior con el yo self en la primera fase, el yo piel en la segunda fase y el yo del aparato psíquico en la tercera fase.

El espacio intermedio a la manera de los fenómenos transicionales, de la 3a zona de experiencia y el juego, representan dimensiones en las que la intersubjetividad, lo intrapsíquico y la interacción, se entrelazan de manera constante. Estas transiciones ocurren entre el cuerpo, la residencia psiquesoma, la mente como semilla del pensamiento futuro, la relación con el entorno, la religión y la cultura.

1. PRIMERA FASE DE SOSTÉN. EL ESPACIO TRANSICIONAL: ENTRE EL CUERPO, LA RESIDENCIA PSIQUESOMA Y EL ESQUEMA CORPORAL

Ubica una primera fase en los tres primeros meses de nacido antes de la fase depresiva [5]; esta fase antes de la gratificación alucinatoria del deseo en el que se encuentra en dependencia absoluta [6]. Desde un inicio no hay bebe, hay una pareja de crianza; el inconsciente es de la madre y del padre. Entre el bebé y la madre hay un espacio siempre en potencia para la creación; el bebé experimenta la ilusión de crear el pecho estando presente si es sostenido, el bebé se encuentra en dependencia absoluta a la vez que en soledad esencial. En la paradoja del espacio: su creación es el pecho y no lo es, es el self y a la vez no lo es; hay una capacidad de identificarse con lo que no es.

En un inicio el sostén es físico, la madre sostiene al bebé en la matriz y cambia de orientación respecto a ella misma y el mundo. “La madre desvía hacia el bebé que crece dentro de ella una parte de su sentido del self ”(69) [6].

Lo importante es que a través de la identificación primaria sostiene al infante de manera que le provee de un ambiente en “una adaptación viva a sus necesidades”(70[6]). Si ellas mismas son cuidadas sostienen al infante de manera física al manipularlo y en el manejo y el cuidado general del infante. En esta fase inicial del sostén mientras el infante está fusionado con la madre ambiente, todo ocurre por magia en la ilusión de ser el bebé el dios creador. “Al final de la fusión, cuando el niño se ha separado del ambiente, un rasgo importante es que tiene que dar una señal”” todo ocurre como si ella supiera que el bebé ya

no espera que comprenda sus necesidades de un modo casi mágico. La madre parece saber que su niño ha adquirido una nueva capacidad, la de emitir una señal para guiarla hacia la satisfacción de sus necesidades”(65){6}. André Green a esta emisión de una señal lo llama capacidad de solicitud [7].

“Es normal que el pequeño sienta angustia si se produce un fallo en la técnica de los cuidados infantiles. Al principio de todo, el pequeño, sin embargo, entraría en un estado de no integración, o perdería contacto con el cuerpo, o pasaría a ser la cápsula en lugar del contenido, sin dolor”(139) [8].

La base de esta residencia [psique soma] es la vinculación de las experiencias motrices, sensoriales y funcionales con el nuevo estado del infante como persona. Como continuación del desarrollo aparece lo que podría denominarse “membrana limitadora”, que en alguna medida (y en la salud) equivale a la superficie de la piel, y que ocupa una posición intermedia entre el “yo [self]” y el “no yo” del infante. De modo que este empieza a tener un interior y un exterior, y un esquema corporal (57) [6].

Durante la fase de sostén y la de “vivir con” de la fase depresiva se inician otros procesos importantes como es “el alborear de la inteligencia y el comienzo de la mente como algo distinto de la psique (58) [6].

2. SEGUNDA FASE DEPRESIVA: ENTRE EL SELF O MUNDO INTERIOR, LA RESIDENCIA PSIQUESOMA Y EL PENSAMIENTO

Las experiencias en la transición hacia la fase depresiva, una vez que se ha desarrollado el esquema corporal o cuerpoself o yoself del mundo interior, incluyen los siguientes aspectos:

- **Mira al pasado** el amor cruel y primitivo sin intención.
- **Siente tristeza** como una emoción central vinculada a la creación del esquema corporal o cuerpoself, a la **primera separación de cuerpos**, transitando de ser sostenido por el ambiente a ser sostenido en el tiempo subjetivo.
- **Se preocupa por el objeto:** Juega a la sobrevivencia del objeto, lo que se manifiesta en juegos de aparecer y desaparecer, tanto él mismo como el objeto, en un intento de procesar el amor cruel primitivo en la separación.

- Capacidad de colocar al objeto, las secreciones y excrecencias **fuera del área de control omnipotente**. Le dice adiós a sus heces por el retrete.
- **Capacidad para estar solo en presencia:** La base de la capacidad para estar solo es una paradoja: se trata de la experiencia de estar solo mientras algo más está presente. “Esto implica un tipo especial de relación, la relación entre el infante o niño pequeño que está solo, y la madre o sustituto materno que se encuentra confiablemente presente, aunque quizá representada en ese momento por la cuna, el cochecito o la atmósfera general del ambiente inmediato” (38) [9].

En la capacidad para estar solo, en presencia de la madre ambiente, la soledad, que desde el vacío se va llenando con experiencias, es diferente a la soledad que hace evidente la nada (aniquilación) como agonía primitiva por: privación (amenaza de caer o caída del sostén en la primera fase de sostén), deprivación de los controles (miedo al derrumbe en la segunda fase) o deprivación del objeto (tendencia antisocial en la tercera fase).

- **Experiencias de relacionalidad del yo:** Explora las dinámicas de su mundo interior (con su cuerpoself y yopiel) en relación con el otro, consolidando su identidad que procede de la tercera zona de experiencia. “La relacionalidad del yo es la relación entre dos personas en la cual por lo menos una de ellas está sola; quizá lo estén ambas, pero la presencia de cada una es importante para la otra” (38) [10].

Cuando está solo en el sentido que le estoy atribuyendo a la expresión, y exclusivamente cuando está solo, puede el infante hacer algo equivalente a lo que en un adulto se denominaría “**relajarse**”. El infante puede volverse no-integrado, vacilar, permanecer en un estado en el que no hay ninguna orientación, existir durante un tiempo sin ser un reactor a una intrusión externa ni una persona activa con interés y movimientos dirigidos. Está preparado el escenario para una experiencia del ello. Al cabo de cierto lapso llega una sensación o un impulso. En este marco, la sensación o el impulso se experimentarán como reales, y serán verdaderamente una experiencia personal (43) [10].

- **Experiencias del ello:** disfruta estas experiencias. Antes, en la primera fase, no las había.
- **Responsabilidad por sus fantasías:** se hace responsable de sus fantasías hacia los objetos y hacia sí mismo.
- **Capacidad para odiar** y poder desprenderse o deshacerse del objeto.

- De ser sostenido por el ambiente pasa a **ser sostenido en el tiempo** subjetivo: presente pasado y futuro como se puede observar en el juego del Fort Da.
- Capacidad para jugar juegos de aparecer, desaparecer, de identificación.

El movimiento

Desde la agresión, fuerza vital o movimiento, el bebé patea lo que estorba. El ambiente es experimentado durante el movimiento por el placer muscular que esto implica y la posibilidad del objeto de sobrevivir a la fantasía de destrucción en el proceso de hallarlo.

el movimiento del niño (o sea, el erotismo muscular) y sobre lo que se interpone en su camino: a mi parecer, éste es el comienzo de la agresión. Si uno se ha de referir al odio, para eso falta mucho, y también para un episodio maniaco falta mucho, desde el momento en que a alguien simplemente se le ocurrió patear algo porque se le cruzaba en su camino y porque le gustaba patear. Tuve así un atisbo de una mejor comprensión de los orígenes de la agresión, al considerar estas dos maneras de llegar hasta sus comienzos en el individuo (343) [11].

Desde la vida intrauterina, la agresión se manifiesta principalmente como movilidad y contractilidad. El amor, en su forma primitiva, es cruel, desconsiderado y carente de intención consciente. Los impulsos agresivos, por su parte, no generan una experiencia satisfactoria a menos que encuentren oposición, ya que esta resistencia les confiere una sensación de realidad particularmente valorada.

Las **experiencias agresivas**, cuando están más o menos de-fundidas, se perciben como más reales que las **experiencias eróticas** igualmente de-fundidas. Sin embargo, cuando la agresión se fusiona con el componente erótico, la sensación de realidad se ve intensificada, enriqueciendo la vivencia global [12].

Al inicio el ambiente sería la oposición con que se encuentra el movimiento. Como ejemplos, los brazos de la madre sosteniendo al bebé contra la fuerza de gravedad para no caer; o en el movimiento de reptación (252) [13] en el que el ambiente es experimentado mientras todo el cuerpo se mueve sin apoyarse en los brazos ni las manos. Si el bebé careciera de movimientos, no tendría forma de encontrar resistencia a los mismos; es decir, no tendría experiencias de algo exterior a sí mismo. Esto hace que el pequeño necesite un objeto externo y no meramente un objeto que le satisfaga.

“En las primeras fases, cuando se están instaurando el “yo” (lo parte de mi) y el “no yo” (lo distinto de mi), es el componente agresivo el que con mayor seguridad conduce al individuo a una necesidad de sentir un “no yo” o un objeto externo” (289) [14]. El individuo es capaz de identificarse con lo que no es (174) [15].

Respecto a la destrucción, en el proceso de transición entre el objeto subjetivo o creado por el propio bebe y la relación con el objeto, ocurren las siguientes transiciones:

a) **Objeto subjetivo.** El sujeto se relaciona con el objeto, tiene la ilusión de que es él quien crea el objeto, el objeto es subjetivo (cuerpoself). En el acto de crearlo se negativiza el vacío.

b) **Objeto fuera de la zona de control omnipotente.** El sujeto destruye al objeto en la fase depresiva, de personalización (residencia de la psique en el soma), al ubicarlo fuera de la zona de su control omnipotente, fuera del self (cuerpo self y yopiel).

c) **El objeto sobrevive** a la destrucción por el sujeto, “pero puede haber supervivencia o no”, con la paradoja: “Tienes valor para mí por haber sobrevivido a tu destrucción por mí” (121) [16].

d) **Uso del objeto.** Se ha desarrollado una capacidad que le permite usar los objetos, lo que forma parte “del paso al principio de realidad” (121) [16]. El bebé pondrá a prueba el ambiente y pondrá a prueba el mundo interior.

El planteamiento desde la agresión natural del niño, en un ambiente predecible es: te destruyo para conservarte; para atacar al enemigo no hace falta amarlo. La agresión va adquiriendo valor social. Contrario a un ambiente atacante en el que el planteamiento podría ser: si te destruyo desapareces.

Sostén y erogenización muscular

Sostenido por un ambiente preocupado y ocupado en él, el infante capta los efectos de la seguridad, entonces el sostén implica las provisiones ambientales físicas y emocionales. En la medida en que la madre le está prestando su psique a su hijo, lo piensa y piensa por él, las primeras residencias psique-soma, se sostienen en el movimiento, el equilibrio y la sensorialidad. Los órganos de los sentidos tienen doble función física y psíquica [17]. Aún no hay la sofisticación de la psique como “la elaboración imaginativa de las partes,

sentimientos y funciones somáticas” por parte del bebé, es decir, del espacio potencial como facilitador de fenómenos de la psique residiendo en el soma con un mundo interior con el yoself (lo parte de mí, distinto de mí que hace mí) y una membrana yopiel que limita lo interior y lo exterior (327) [18].

En el niño capaz de sentir tristeza en la fase depresiva, su agresión via la erogenización muscular se convierte en fuerza para la sobrevivencia del objeto a su destrucción, al ser colocado, tanto fuera del tiempo presente al mirarlo desde el pasado, como fuera del área de control omnipotente, así como al ser destruido en la fantasía por poder ser odiado y poder deshacerse de él, separándose y este sobrevivir. Al principio, las mociones agresivas o la fuerza vital del infante se asocian con el erotismo muscular y no con la ira y el odio. No hay odio ni ira, pero sí la destrucción que implica la satisfacción del ello en la fase depresiva. Winnicott señala que “todo niño debe ser capaz de verter tanta movilidad primitiva como le sea posible en las experiencias del ello” (285) [10].

Destaca la capacidad para usar y ser usado. La madre odia primero al bebé en la fantasía. El bebé se las entiende con el padre al que odia; capaz de sostener el odio para deshacerse del objeto y éste sobrevivir. El odio se expresa en el desgaste del objeto transicional. El odio frente a la escena primaria, de relación tripersonal en la tercera fase, se pone al servicio de la masturbación.

El gesto espontáneo o agrupamiento sensoriomotor y el verdadero self

“Al buscar la etiología del self falso, estamos examinando la etapa de las primeras relaciones objetales. En ella, el infante está casi permanentemente no integrado, y nunca integrado totalmente; la cuestión de los diversos elementos sensoriomotores corresponde al hecho de que la madre sostiene al infante, a veces físicamente, y de modo permanente en términos figurados. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero en potencia. Tenemos que examinar el modo como la madre satisface esta omnipotencia infantil revelada en **un gesto (o agrupamiento sensorio motor)**. He vinculado la idea del self verdadero con el gesto espontáneo. La fusión de la motilidad y los elementos eróticos están en proceso de hacerse reales en este periodo del desarrollo del individuo” (188-89) [18].

El falso self se crea a semejanza de los cuidados del ambiente, “En caso favorable, el falso self desarrolla una actitud maternal fija con respecto al verdadero self y se halla per-

manentemente en estado de sostener el self verdadero, del mismo modo que una madre sostiene a su bebé en el principio de la diferenciación y de la salida de la identificación primaria” (393) [19].

El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede dissociarse del cuerpo, o el cuerpo de él. Esencialmente, el self se reconoce a sí mismo en los ojos y la expresión del rostro de la madre, y en el espejo que puede llegar a representar al rostro de la madre. A la larga, el self llega a establecer una relación significativa entre el niño y la suma de identificaciones que (luego de una suficiente incorporación e introyección de representaciones mentales) se organiza en la forma de una realidad psíquica interna viva. La relación entre el niño o niña y su propia organización psíquica interna se modifica según las expectativas desplegadas por el padre y la madre y por aquellos que se han vuelto significativos en la vida exterior del individuo. El self y la vida del self es lo único que otorga sentido a la acción o al vivir, desde el punto de vista del individuo que ha crecido hasta entonces, y continúa creciendo, desde la dependencia y la inmadurez hacia la independencia, así como a la capacidad de identificarse con objetos de amor maduros sin perder la identidad individual” (322-323) [20]. Periódicamente el gesto del infante expresa un impulso espontáneo; la fuente del gesto es el self verdadero y ese gesto indica la existencia de un self verdadero potencial. El gesto espontáneo es el self verdadero en acción [20].

“El self verdadero surge de los tejidos y las funciones corporales, incluso de la acción del corazón y de la respiración. Está estrechamente vinculado con la idea del proceso primario, y al principio es esencialmente no-reactivo a los estímulos externos, sino primario. La idea del self verdadero se justifica principalmente para tratar de comprender al self falso, porque no hace más que reunir los detalles de la experiencia de estar vivo” (193) [20].

El falso self protege al verdadero; se ocupa de buscar las condiciones que permitan al verdadero self entrar en posesión de lo suyo. Su función defensiva consiste en ocultar y proteger al ser verdadero, sea este lo que fuere; proteger de afrentas al ser verdadero, “es fácil ver que a veces esta defensa del self falso constituye la base de ciertos tipos de sublimación, como cuando el niño maduro se convierte en actor” (195-196) [20].

En el individuo sano que tiene un self con un aspecto sumiso, pero que existe y es un self creativo y espontáneo, hay al mismo tiempo capacidad para usar símbolos. En otras palabras, en este sentido la salud está estrechamente ligada con la capacidad para vivir en un ámbito intermedio entre el sueño y la realidad que es denominado vida cultural. En contraste, cuando existe un alto grado de escisión entre el self verdadero y el self falso que oculta al anterior, encontramos una capacidad escasa para la utilización de símbolos y pobreza de la vida cultural. En lugar de actividades culturales, en tales personas observamos una extrema inquietud, incapacidad para concentrarse y necesidad de recoger incursiones de la realidad externa, para que el tiempo de vida del individuo pueda llenarse con reacciones a ellas (196) [20].

“Incluso un bebé deforme puede crecer y convertirse en un niño sano, dotado de un self no deforme y de un sentido de su self basado en la experiencia de vivir como una persona aceptada. Las distorsiones del yo [self] pueden provenir de las actitudes distorsionadas de quienes cuidan del niño. La madre está permanentemente presentando y volviendo a presentar el cuerpo del bebé a la psique y viceversa, y fácilmente se puede ver que esta sencilla pero importante tarea se vuelve difícil en caso de que el bebé tenga una anomalía que haga sentirse a la madre avergonzada, culpable, aterrada, excitada, desesperanzada. En tales circunstancias, ella hará lo mejor que pueda, y no más” (322) [21].

La identificación con lo negativo

Estando integrado se encuentra, vía las paradojas, negativizando la desintegración y estando desintegrado se negativiza la integración [22]. El objeto transicional como primera posesión no yo, es un objeto negativo del yo [7]. El primer objeto no yo alude a la negatividad, lo negativo como parte del ser en la continuidad existencial. Lo negativo se refiere a la presencia de lo ausente. Lo negativo o la negativización en la salud facilita transiciones y no es ni bueno ni malo. Cuando lo negativo es asimilado a lo malo como contrario a lo positivo o bueno [23] por una falla del ambiente o por un ambiente de terror en los tres primeros meses de nacido, o en los 3 primeros años de vida, entonces se trata de una patología del fenómeno transicional a la manera de la inexistencia del objeto, es decir aunque el objeto esté presente, lo perdido del objeto, en la identificación o en el pensamiento, siempre será más importante y el objeto presente no puede ser recibido o percibido; siempre lo negativizado o perdido será más importante, más seguro que el objeto presente.

3. TERCERA FASE: ENTRE LENGUAJE Y EL OBJETO TRANSICIONAL. SEGUNDA SEPARACIÓN DE CUERPOS. 18 meses a 3 años de edad.

El uso del lenguaje, la capacidad para estar a solas y la masturbación son características de esta tercera fase. A los 18 meses el niño empieza a hablar [24]. Habla desde el mi propio cuando dice por ejemplo a los dos años: "me hice caca"; le habla al tu cuando a la misma edad de dos años dice: "tenes dinero para comprar esto". Desde la fase depresiva ya existía el gesto de la negación, del rechazo y ya refería como "yo" objetos valiosos para él.

Podría decirse que la capacidad de un individuo para estar solo depende de su actitud para encarar los sentimientos suscitados por la escena primaria. En la escena primaria se percibe o imagina una relación excitada entre los padres, y esto lo acepta el niño sano capaz de dominar el odio y de ponerlo al servicio de la masturbación. En la masturbación, el niño, que es la tercera persona en una relación tripersonal o triangular, acepta toda la responsabilidad por la fantasía consciente o inconsciente. Ser capaz de estar solo en esas circunstancias implica una madurez del desarrollo erótico, una potencia genital, o la correspondiente aceptación femenina; suponen la fusión de los impulsos e ideas agresivos y eróticos, y también una tolerancia a la ambivalencia; además, habría naturalmente una capacidad del individuo para identificarse con cada uno de los progenitores" (39) [25].

Entonces la capacidad para estar solo es casi un sinónimo de la madurez emocional.

CONCLUSIÓN

Resulta importante ubicar elementos de psicomotricidad en la obra de Winnicott. Cómo el estado de afectado del infante, los afectos, como los músculos del cuerpo sostienen al ser (mediante la erogenización muscular) si se encuentra sostenido por un objeto cuya presencia resiste los movimientos evitando la caída emocional. Se encuentra en la teoría de Winnicott material para pensar la psicomotricidad desde el propio gesto espontáneo como agrupamiento sensorio motor; el gesto espontáneo o self verdadero en acción. El yo es uno de experiencias. El infante en la ilusión, al ser sostenido, ES el pecho; ESTA relajado estando no integrado si esta sostenido; HACE al colocar al objeto fuera del área del control omnipotente, si el objeto sobrevive a sus destrucción. TIENE el objeto transicional u objeto no-yo. Se encuentra relación entre el sostén del ambiente, con el movimiento, el

equilibrio, la sensorialidad y la relación del movimiento con el verdadero o centro del self. Es el movimiento, en su oposición o sostén para no caer emocionalmente que facilita, entre el espacio intermedio entre paradojas, una continuidad existencial. Cómo del sostén en el movimiento y el afecto transita al sostén en el tiempo en la segunda fase. Es desde la implicación del movimiento en el ambiente de sostén del bebé, que se genera un espacio de transición o zona intermedia de experiencias en el que el bebé juega, va hacia la cultura y la religión; espacio transicional entre el sueño y la relación de objeto.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] WINNICOTT, D.W. Saber y aprender. En: Los bebés y sus madres. México: Paidós, 1990.
- [2] WINNICOTT, D.W. (1968). El jugar y la cultura. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [3] WINNICOTT, D.W. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [4] WINNICOTT, D.W. (1952). La angustia asociada con la inseguridad. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [5] WINNICOTT, D.W. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [6] WINNICOTT, D.W. (1960). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [7] GREEN, A. (2012). Winnicott póstumo. Jugar con Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.
- [8] WINNICOTT, D.W. (1952). La angustia asociada con la inseguridad. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [9] WINNICOTT, D.W. (1968). El uso del objeto y la relación por medio de identificaciones. En: Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.

- [10] WINNICOTT, D.W. (1958). La capacidad para estar solo. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [11] WINNICOTT, D.W.(1967). Posfacio: W.W.W. sobre D.W.W. En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009.
- [12] WINNICOTT, D.W. “agresión en relación con el desarrollo emocional (1950-1955). En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [13] WINNICOTT, D.W. (1949). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia, 1949. 237-262. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [14] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [15] WINNICOTT, D.W. (1954). La Naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [16] WINNICOTT, D.W. (1968). El uso del objeto y la relación por medio de identificaciones. En: Realidad y juego (1971). Barcelona: Gedisa, 2008.
- [17] WINNICOTT, D.W. (1944). Psiconeurosis oculares de la infancia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [18] WINNICOTT, D.W. La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso 1960. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos aires: Paidós, 2009.
- [19] WINNICOTT, D.W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Espasa, 2012.
- [20] WINNICOTT, D.W. (1970). Sobre las bases del self en el cuerpo. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [21] WINNICOTT, D.W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Espasa, 2012.
- [22] WINNICOTT, D.W.(1956). Fragmentos concernientes a algunas variedades de confusión clínica. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [23] GREEN, A. (2012). La intuición de lo negativo en *Realidad y juego*. Jugar con Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

[24] CASTRO,R. (2013). Sobre la melancolía psicoanálisis filosofía escritura literaria e imagen. Ciudad de México: grupo Espinoza, 2023.

[25] WINNICOTT, D.W. (1958). La capacidad para estar solo. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos aires: Paidós, 2009.

FRONTERAS DEL MUNDO INTERIOR O DEL SELF, LO NEGATIVO DE LAS RELACIONES Y EL TIEMPO, CON WINNICOTT

CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ

Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Coautora del libro Más allá de la terapia de juego, los fundadores y autora del libro Winnicott: clínica de las agonías primitivas. Ocupa el cargo en la Dirección Académica del Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

Recepción: 16 de octubre 2024/ Aceptación: 14 noviembre 2024

RESUMEN

El bebé se crea entre fronteras si es sostenido; vive al borde de las agonías primitivas. Las transiciones, entre el espacio de los fenómenos paradójicos (fenómenos transicionales), trazan las fronteras del mundo interior y del aparato psíquico. Se estudia cómo en el desarrollo emocional primitivo el lado negativo de las relaciones, en la salud, se localiza entre las paradojas en el espacio intermedio o transicional: de los fenómenos transicionales y de la tercera zona de experiencia, trazando las fronteras: entre lo mío propio y lo mío íntimo del mundo interior o del self y la frontera desde el yo. Cómo en ambientes de terror, intrusivos, que amenazan caer, que caen, en la primera fase del desarrollo emocional primitivo, o de miedo al derrumbe en la segunda fase, o de tendencia antisocial en la tercera fase, el espacio transicional se altera o no funciona y no hay juego entre paradojas que faciliten las transiciones; en vez de predominar las transiciones, con lo negativo entre paradojas, como en la salud, se relaciona con lo negativo perdido, donde lo único que se tiene es lo que no se tiene, o quiere algo que nunca se vaya. Sostenido en un solo tiempo existencial, con formas de sometimiento.

PALABRAS CLAVE: agonía primitiva, fenómeno transicional, lo negativo, miedo al derrumbe, objeto transicional, paradoja, privación, tiempo de la subjetividad.

ABSTRACT

Baby is created across borders if it is held; lives on the verge of primitive agonies. The transitions, between the space of paradoxical phenomena (transitional phenomena), draw the borders of the inner world and the psychic apparatus. It is studied how in primitive emotional development the negative side of relationships, in health, is located between the paradoxes in the intermediate space: of transitional phenomena and the third zone of experience, drawing the borders: between my own and the intimate mine of the inner world or of the self and that of the ego. How in environments of terror, intrusive, that threaten to fall, that fall, in the first phase of primitive emotional development, or of fear of collapse in the second phase, or of antisocial tendency in the third phase, transitional phenomena are altered or not work, and there is no game between paradoxes that facilitate the transitions. Instead of predominating transitions, with the negative between paradoxes, as in health, it is related to the lost negative, where the only thing you have is what you don't have, or you want something that never goes away. Sustained in a single existential time, with forms of submission.

KEY WORDS: primitive agony, transitional phenomenon, the negative, fear of collapse, transitional object, paradox, deprivation, time of subjectivity.

RÉSUMÉ

Le bébé est créé au-delà des frontières s'il est tenu; vit au bord des agonies primitives. Les transitions, entre l'espace des phénomènes paradoxaux (phénomènes transitionnels), dessinent les frontières du monde intérieur et de l'appareil psychique. On étudie comment dans le développement émotionnel primitif le côté négatif des relations, dans la santé, se situe entre les paradoxes de l'espace intermédiaire: des phénomènes transitionnels et la troisième zone d'expérience, traçant les frontières: entre le mien et le mien intime du monde intérieur ou du soi et celui de l'ego. Comment dans des environnements de terreur, intrusifs, qui menacent de tomber, qui tombent, dans la première phase du développement émotionnel primitif, ou de peur de l'effondrement dans la deuxième phase, ou de tendance antisociale dans la troisième phase, les phénomènes transitionnels sont altérés ou non. Ils fonctionnent et il n'y a pas de jeu entre les paradoxes qui facilitent les transitions; au lieu de prédominer les transitions, avec le négatif entre les paradoxes, comme dans la santé, il est lié au négatif perdu, où la seule chose que vous avez est ce que vous n'avez pas, ou

vous voulez quelque chose qui ne disparaît jamais. Soutenu dans un seul temps existentiel, avec formulaires de soumission.

MOTS CLÉS: agonie primitive, phénomène transitionnel, le négatif, peur de l'effondrement, objet transitionnel, paradoxe, privation, temps de subjectivité.

INTRODUCCIÓN

Winnicott destacó y teorizó el objeto transicional conocido dentro del psicoanálisis, en la pedagogía y en la vida cotidiana por los padres. El objeto transicional ha permitido que los niños puedan iniciar preescolar con su objeto que facilita la transición entre la casa y la escuela ya que se localiza en una zona intermedia de experiencia paradójica, que es y a la vez no es el hogar. El objeto transicional que también ubica como primera posesión no-yo. En el año de 1967 los colegas psicoanalistas de Winnicott (1896-1971) le solicitaron una reunión para conocer qué influencias había tenido en el desarrollo de su teoría, durante la cual les dio a todos un papel para que agregaran aportes que ellos consideraban que él había tenido. En esta reunión comenta que cuando él estaba en análisis con Joan Riviere, quien era una gran amiga de Melanie Klein, en una ocasión le comentó que estaba escribiendo un artículo sobre la clasificación del ambiente, y ella le contestó simplemente que no le interesaba. “Fue una lástima realmente”, dice Winnicott, “porque si bien mis cinco años con Joan Riviere me habían dejado muchísimo, por un largo tiempo no pude recuperarme de su reacción (338)[1]. En esta misma reunión comenta que él siempre había considerado en su teoría la diferencia entre privación y deprivación del ambiente del infante, pero cambia la clasificación a privación que ahora se puede ubicar en la primera fase del desarrollo emocional primitivo, el miedo al derrumbe como deprivación de los controles en la segunda fase depresiva y la deprivación del objeto en la tercera fase, que puede resultar en la tendencia antisocial donde lo robado por el niño contiene restos de su self es decir considera, de manera inconsciente, que lo que roba de alguna manera le pertenece. El objeto robado implica la paradoja: es y no es, del que lo roba; se encuentra en la frontera yo-noyo. Siendo que el bebé siempre vive al borde de las agonías primitivas, cuando el ambiente es de terror, intrusión, amenaza con caer, cae, se derrumba, las angustias primitivas que vive el bebe y que trastornan la continuidad en su existencia son: fragmentación, estar cayendo (caso del niño del cordel), caer (caso de Mariana y el bebé Agnes); pérdida de la relación psiquesoma, o de que la persona de uno se halla en el cuerpo propio o despersonalización (caso de Charles); desorientación [2]. Se trastornan las fronteras de **lo mío propio** (yo self, lo sagrado) en un relación unicorporal; **lo mío se-**

creto, íntimo (en la frontera yopiel) en una relación bicorporal y la frontera **yo no-yo** en un mundo compartido en una relación tricorporal.

El bebé es como un Dios creador de sí mismo si es sostenido, pero si ocurre una intrusión o deficiencia en el ambiente facilitador primitivo entonces le ocurre algo al self; por ejemplo el caso de Agnes, bebé de meses de nacido que sufría de anorexia, no quería comer; lo que le faltaba a Agnes para poder mamar no era la madre misma, ni era el seno, más bien, era la imagen de sí misma mamando del seno de la madre, refirió Françoise Dolto quien la trato. La ausencia de referencias narcisistas, de imagen del cuerpo, de las diferentes sensorialidades, en su masa, ritmo, intensidad y velocidad, era para el bebé “ausencia de boca-para-mamar” (77) [3]. Con Winnicott lo explicamos como la boca y el apetito se habían ido con la madre. Al perder al objeto ambiente perdió algo del self cuerpo o yo self; se afectó la frontera que traza el yo self entre la paradoja: lo que es parte de mí distinto de mí; perdió continuidad existencial. Una prenda que oliera a la madre, le ayudó a recuperar las ganas de comer. Entonces si el ambiente sobrevive, sobrevive el self, si el ambiente es intrusivo, cae o amenaza con caer, entonces algo del self se destruye o se afecta también; en estas fases primitivas se trata de la sobrevivencia del objeto y no de la angustia de castración como en la neurosis; esta implicada la necesidad, aún no el deseo desde el bebé; se centra en la creación del self base del símbolo. Winnicott teoriza, basado en sus observaciones, en las consultas terapéuticas y los análisis con pacientes fronterizos (que al inicio llamó no-psicóticos), el desarrollo saludable y a la vez las agonías primitivas.

De manera saludable las escisiones naturales de la organización del yo self son flexibles entre estar despierto y dormido entre experiencia de tenso y relajado (erogización muscular). La escisión como equivalente de la represión en la neurosis [4]. Pero ante el terror, la intrusión o la amenaza de caer, la escisión de la organización del self en simple o múltiple, lo que lo protege de caer en la agonía. En la escisión simple la niña de la anorexia atendida por Winnicott clasificaba a los médicos en los que comprenden y los que no comprenden. En la escisión como dispersión de los agentes responsables, piensa los fragmentos por separado, no los puede pensar. Diferente a cuando en la fase depresiva los controles se derrumban y el pensamiento en vez de ayudar a la residencia psique soma, como lo hacía antes la madre, hace funciones de madre en un pensamiento predominantemente catalogador, escindido de la residencia psiquesoma; es decir el pensamiento no ayuda en la relación con la vida psicosomática.

1. LA FOBIA NEURÓTICA DEL PEQUEÑO HANS CON CUATRO AÑOS DE EDAD

Donald Wood Winnicott estaba de acuerdo con los planteamientos de la neurosis de la época de principios y mediados del siglo XX planteados por Freud, como el deseo, la represión, la angustia de castración. Por ejemplo la fobia del pequeño Hans con cuatro años de edad [5] implicaba un conflicto entre el amor hacia el padre y el deseo de ocupar su lugar ante la madre; la formación de compromiso del síntoma de la fobia, reprime el deseo de eliminar al padre y la angustia de castración por esta representación reprimida, se desplaza hacia el miedo a ser mordido por el caballo. Pero Winnicott, el como pediatra y psicoanalista inglés, observaba que los bebés enfermaban y que había que crear la teoría sobre el desarrollo emocional primitivo que se puede considerar como la continuación del estudio del narcisismo primario de Freud.

DESARROLLO EMOCIONAL PRIMITIVO

Las propuestas de WinnicottL que vamos a revisar en esta ocasión, es sobre lo que ocurre antes de que se haya creado el yo del aparato psíquico, cómo el verdadero y el falso self forman el mundo interior, un mundo del self, marcando las siguientes fronteras: en la primera fase del desarrollo emocional primitivo, “lo parte de mí, distinto de mí, que hace mí” [6][4], que puede leerse “lo parte del self, distinto del self que hace yoself, creando el mundo de lo sagrado que es el primer objeto subjetivo; se crea a sí mismo en la ilusión, si se encuentra sostenido. “En las primeras fases, cuando se están instaurando el “yo” (lo parte de mí) y el “no yo” (lo distinto de mí), es el componente agresivo el que con mayor seguridad conduce al individuo a una necesidad de sentir un “no yo” o un objeto *externo*” (289) [7]. El individuo es capaz de identificarse con lo que no es (174) [8]. En la segunda fase, la depresiva, se traza lo interior-exterior creando lo íntimo, secreto del mundo del self, con la piel como membrana limitadora, el yo piel, y en la tercera fase establece un adentro y un afuera en un mundo compartido con un yo. De esta manera se crean el yo self (lo mío propio) el yo piel (lo mío secreto) y el yo (en la frontera yo-noyo); siendo que el yo self y yo piel forman parte del mundo interior y el yo ya constituye el aparato psíquico. Estas fronteras del mundo del self se trazarán sin trastorno si el objeto sobrevive, dentro del espacio intermedio transicional, a su destrucción. **El objeto transicional no se encuentra bajo el dominio mágico como el objeto interno, ni está fuera de**

ese dominio como ocurre con la madre verdadera (27) [9]. Entonces el Infante transita de la relación con el objeto subjetivo, creado por él mismo, su yo self o lo mío que le da propiedad sobre sí mismo (lo mío propio), al objeto percibido objetivamente hacia el uso del objeto con la posesión del objeto transicional o primer objeto no yo, si sobreviven a su destrucción tanto el objeto como el self mismo.

2.DEPRIVACIÓN DE LOS CONTROLES. CASO DE MIEDO AL DERRUMBE EN LA FASE DEPRESIVA ENTRE LOS 6 y 18 MESES DE NACIDO. EL CENTRO DEL SELF EN EL PENSAMIENTO

En la consulta terapéutica con Charles contando 9 años de edad debido a que se quejaba de cefaleas y de pensamientos, era su mente la que le creaba problemas y estaba empezando a preocuparle así como su funcionamiento. Decía que una porción pequeña de su cerebro estaba dominando al resto de su persona. Había empezado a hacer promesas solemnes y trataba de cumplirlas; pero no modificaba la situación a pesar de que jurara por la Biblia (137)[10]. A Charles le era difícil ponerse a jugar y dejar el control de su mente, de sus pensamientos (142)[10]. Entre el intercambio de garabatos que se fue desarrollando entre ambos, llegó el momento de confianza en que Winnicott le preguntó acerca de sus sueños a lo que respondió que tenía muchos y que todos eran en colores: “ son todos horribles y algunos dos veces. Hay una araña con colores muy vivos que es horrible, más que horrible”. Lo angustiaba el hecho de hablar de estas cosas. Algunas veces, **entre el despertar y el fin del sueño**, hay un relámpago, y entonces hay alguien que me mira. Es siempre la misma mujer y entonces despierta. Es horrible. No podía dibujarla (143) [10].

Iban en el dibujo número 15, uno confuso y Winnicott le comenta que es de nuevo la representación de su mente. Que los otros dos dibujos de la mente, el número 6 y 7, fueron un intento por organizarla en compartimentos, cuando el problema era, en realidad, **que él estaba confuso**. Charles respondió que sabía lo del dibujo confuso que dividió en dos partes, que la parte perdedora era más grande y toda la porcioncita pensante estaba del lado ganador. La parte más pequeña tenía el control de los miembros etc. (146)[10]. **Charles dijo que cuando comenzaba a tener sensaciones y pensamientos era horrible**. Comenzaron a poder hablar sobre lo que llamó “el mamarracho” que era la mujer que se le aparecía entre el sueño y el despertar; mujer que aparecía con mucha persistencia en sus sueños aterradores. Entraron en pleno contacto con el tema central del mamarracho que fueron reconociendo y admitiendo **el estado**

agudo de confusión que es su forma de angustia impensable, algo que constantemente lo amenazaba y que pudieron estar representando entre los garabatos a los que iban transformando entre Winnicott y Charles.

Otro sueño en que estaba caminando cerca de la escuela, vino una gran ola y lo tragó el agua; gritó pidiendo auxilio dos veces; en esa ocasión no vio al mamarracho que aparece entre el sueño y el despertar. Dijo que la mujer, es decir, el mamarracho estaba ahí cuando tuvo el sueño de la araña quizás sólo tenía siete años o quizá menos cuando tuvo ese sueño de modo que la mujer todavía no había llegado. En algún momento Winnicott quiso que supiera que ese gran miedo que le acusaba permanentemente era de estar totalmente confundido. La confusión estaba ubicada en una cualidad especial de sensaciones que pertenecen a los instantes que median entre el espacio transicional entre el momento de despertar y el de la finalización del soñar; entre el material del sueño y la experimentación de la vida real cuando despertaba (151)[10]. Winnicott comenta acerca de la dificultad universal que sufrimos los seres humanos para despertar de un sueño, tema que merece un estudio de la clase de los que se dedica a la más obvia dificultad en el momento de ir a dormir, justamente allí donde adquieren significación los “fenómenos de transición”.

Como habían llegado a lo máximo en la consulta terapéutica Winnicott lo llevó al tema de los objetos de transición y dibujó un adorable osito de juguete que no tenía ojos y dijo es fácil dibujar esto, dijo que su madre había tenido miedo de que los alambres que sostenían los ojos lo lastimaran por lo que los sacó y esta es la razón de que no tuviera ojos.

Charles dijo: **"debería tener lo mejor de papá, y no lo tengo. Es terriblemente aburrido"** (152) [10]. Hablaron algo del papá. Winnicott sintió que estaba sumamente carenciado en términos de padre y Tiempo después Winnicott supo que en la revista de la escuela de Charles publicó un poema.

En un inicio la consulta terapéutica en la que incluía el juego del garabato como una forma de relacionarse con el niño, con el tiempo lo fue llamando momento sagrado, porque se fue dando cuenta de que algunos niños soñaban con él antes de llegar a la consulta. De esta manera el objeto es subjetivo es decir creado por el niño. La teoría explica como para transitar del objeto subjetivo al uso del objeto, este tiene que haber sobrevivido a su destrucción: “Tienes valor para mí por haber sobrevivido a tu destrucción por mí” (120-121) [11].

3. TIPOS DE PRIVACIÓN, ENTRE LOS 3 A 6 MESES DE NACIDO

3 A. ESTAR CAYENDO. CASO DEL NIÑO DEL CORDEL. Su existencia se sostiene en el tiempo presente.

Cuando Winnicott publicó por segunda ocasión su trabajo de objetos y fenómenos transicionales, en 1958, agregó dos casos uno es el del niño del cordel y el otro es el de la madre muerta de Winnicott. El niño del cordel con 7 años de edad había llegado a obsesionarse con todo lo que tuviera relación con la cuerda. Cada vez que entraban en un cuarto se encontraban con que había atado las sillas a la mesa o un almohadón unido al hogar por una cuerda. La preocupación por los cordeles adquiría poco a poco una nueva característica, que les inquietaba. Poco tiempo antes había atado una cuerda al cuello de su hermana menor quien le había impuesto la primera separación con su madre (35) [9]. Se trataba de un chico difícil aunque mostraba buenas características. Lamía cosas y personas. Hacía ruidos compulsivos con la garganta. No contenía el vientre y se ensuciaba (34) [9].

En la consulta terapéutica mediante el juego del garabato en el que Winnicott trazaba cierto tipo de líneas e invitaba, en este caso, al niño del cordel, a convertirlas en algo; luego las trazaba él y lo invita, a su vez, a encontrarles alguna forma (34), el niño traducía casi todo lo que hacía Winnicott en algo relacionado con una cuerda; entre sus 10 dibujos aparecieron los siguientes objetos: lazo, látigo, fusta, cuerda de yo-yo, cuerda anudada, otra fusta, otro látigo (35) [9].

Generaba un ambiente de terror cuando le decía a su tía: “te voy a cortar en pedacitos” (34) [9].

En una nueva fase del interés por atar objetos. En el ambiente de una nueva depresión de la madre y la desocupación del padre, juega a colgarse de una cuerda atado a un árbol, cabeza abajo. Este juego lo repitió un día frente al padre y otro ante la madre.

A) el día que se colgó cabeza abajo ante el padre, éste “se dio cuenta de que debía hacerse el desentendido, y rondó por el jardín durante media hora, ocupado en varias tareas, luego de lo cual el niño se aburrió e interrumpió el juego” (Winnicott 1958, 36). El padre genera un espacio transicional entre la paradoja esta por morir, esta por vivir; logra generar una zona intermedia de juego en el que el objeto self y el yoself, sobrevive a su

destrucción. Facilita el espacio en el que se juega lo mío propio. Fue una gran prueba de confianza del padre en su hijo.

B) “Pero al día siguiente el chico se colgó otra vez cabeza abajo en un árbol que podía verse con facilidad desde la ventana de la cocina. La madre salió corriendo, muy asustada y segura de que se había ahorcado”(Winnicott 1958, 36). En este caso el niño del cordel no cuenta con un espacio suficiente para que logre sobrevivir su propio self a su propia amenaza de destrucción. La madre no logra generar un espacio de transición; es el propio self de la madre el que se encuentra amenazado y entonces el niño del cordel es un resto del self de la madre. En este caso del niño del cordel no puede experimentar la destrucción del objeto y su sobrevivencia porque se trata de su aniquilación; aniquilación del objeto self y del mismo self, ya que no hay el espacio intermedio de experiencia entre paradojas. En la salud el niño destruye al objeto para conservarlo y en los casos de agoría primitiva el planteamiento es si te destruyó desapareces. El planteamiento existencial en el que el hijo es un resto del self de la madre deprimida lo estudia en su trabajo Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre publicado en el año de 1948 [12].

Comunica Winnicott, en relación al niño del cordel, que en la adolescencia aparecieron inclinaciones al uso de drogas y no podía salir de su casa para estudiar. “Todos los intentos para ubicarlo en algún lugar, lejos de su madre, fracasaron porque se escapaba y volvía al hogar. Se convirtió en un adolescente insatisfactorio, holgazaneaba y en apariencia desperdiciaba su tiempo y su potencial intelectual”; “hay que preguntarse: un investigador que estudiase este caso de adicción a las drogas, tendría el adecuado respeto por la psicopatología manifestada en la zona de los fenómenos transicionales" (39) [9].

3.B. CAER O MADRE MUERTA. CASO DIAGNOSTICADO COMO TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA). Su existencia se sostiene en la búsqueda del gesto perdido

El caso de Mariana niña de 10 años de edad diagnosticada con trastorno por déficit de atención, diagnóstico tan de moda en la actualidad [13]. La madre refiere ahora a la terapeuta como ellas dos se llevan mal desde que Mariana nació pero lo que se encuentra en las sesiones es que cuando se desconectó de su hija fue a los cuatro meses de nacida como lo veremos. Al nacer, estando en Cuidados Intensivos, el ambiente le pudo ayudar a la madre a sostener, todo el tiempo, la preocupación por su hija. Una de las funciones de los pediatras, las enfermeras es la de facilitar el sostén entre los padres y su hijo, sostener

la preocupación de los padres por sus hijos esto lo trabaja en su artículo: El enfermo mental entre los casos de la asistente social del año 1963 [14]. Retomando el caso de Mariana, fue estando ya en casa a los 4 meses, que un gesto de Mariana, lo sintió como de desprecio. Este gesto de su bebé la colocó ante su propia privación al nacer cuando la madre le dijo al padre, abuelo de Mariana: “ya estoy cansada (de tantos hijos) y ahora te toca a ti hacerte cargo de esta niña”. En el desarrollo emocional primitivo saludable el bebé crea al objeto en el acto de rechazo; al decir no al objeto se dice sí a sí mismo, al verdadero self. Por eso durante el desarrollo emocional primitivo el bebé requiere no sólo de un objeto que satisfaga sino de uno que haga oposición, uno que lo sostenga en un espacio intermedio de experiencias, desde el gesto espontáneo donde el bebé es de la madre y a la vez no es de la madre. En el caso de la bebé Mariana la madre no sostiene el gesto de autonomía de su hija de manera que se trastorna el espacio generacional y ahora la bebé Mariana queda desamparada y expuesta en su verdadero self a los reclamos que le corresponden a la abuela. Ya nadie se encuentra a la captura del gesto espontáneo de la bebé Mariana. La madre ambiente para Mariana no sobrevive a la destrucción del objeto y se altera la zona intermedia de experiencia, no facilitándose transiciones o fenómenos transicionales. No vive la experiencia de la manipulación de verdaderos objetos no yo, distintos del self y fuera de la zona de control omnipotente. En este caso se trata de la madre muerta de Winnicott que estudió en el segundo de los casos que agregó a su trabajo de objetos y fenómenos transicionales de 1958, caso en el que explica de manera textual:

Cuando no es posible ofrecer una explicación al bebé y la madre se encuentra ausente [por ejemplo] para tener un nuevo hijo, está muerta desde el punto de vista del pequeño. Ese es el significado de muerta. Es una cuestión de días, horas o minutos. Antes de llegar al límite la madre sigue viva; después de superarlo está muerta. De aquí llegamos a los dos extremos, tan distintos entre sí: la muerte de la madre cuando se halla presente [como en el caso de Mariana], y su muerte cuando no puede reaparecer y por lo tanto volver a vivir (40-41) [9].

Pero Mariana de manera inconsciente **se encuentra a la búsqueda del gesto espontáneo perdido**, “siempre huele mal”, refiere la madre, “no se qué hace pero últimamente deja los calzones manchados de orines, ¿no la has oído?, no se por qué, pero aunque se bañe huele a orines”; es ahí donde la madre encuentra un gesto de Mariana que no le pertenece a la abuela privadora. Mariana está a la búsqueda del gesto espontáneo de su self perdido, que le da una existencia propia, el olor a orines que a la manera de un espa-

cio transicional, entre paradojas, a la vez la acerca y la aleja de la madre. En el caso de la madre muerta se trata de una paciente que tiene varios hijos y posee una elevada inteligencia que usa en su trabajo y se hace tratar debido a una amplia gama de sintomatología que por lo general se agrupa bajo el término de “esquizoide” de aquella época. Quienes tienen contacto con ella no se dan cuenta de lo mal que se siente y en verdad por lo general se le muestra afecto y se le considera una persona valiosa. Los pacientes de la clínica de las agonías primitivas pueden ser exitosos en el self profesional donde sufren es en el self privado. **Se sentía culpable (culpa como traición al self)** por haberse enorgullecido de su inteligencia. Describió varias técnicas para hacer frente a las diferentes ausencias y separaciones que vivió de niña. Llegó un momento de la sesión que relata Winnicott en la que la paciente le dice que el último de sus analistas anteriores será siempre más importante para mí que mi analista actual, puede que usted me haga bien pero él me gusta más y eso seguirá siendo así cuando me haya olvidado de él por completo. “lo negativo de él es más real que lo positivo de usted”. **“supongo que quiero algo que nunca se vaya”**(42) [9], exclamó la paciente. De esta manera lo real es lo que no se encuentra presente. Lo negativo es lo único positivo(43) [9]. **“lo único que tengo es lo que no tengo”**(43) [9]. El lado negativo de su relación no facilita transiciones en el espacio entre paradojas, sino que **idoliza lo negativo**. El análisis tiene que ver con el llegar **al lado negativo de las relaciones** es decir con el fracaso gradual que debe de experimentar el niño cuando los padres no están a mano.

3C. EXISTE POR NO SER ENCONTRADO. CASO DE LIRO. Sostiene su existencia en un futuro omnipotente

Liro, que Winnicott lo llega ubicar con la base del self en el cuerpo [10], niño de 9 años de edad que llegó a consulta con Winnicott a solicitud del personal del hospital porque les llamaba la atención el sometimiento a las cirugías sin quejarse; su madre lo odia al nacer con su mismo problema de sindactilia en las manos y los pies (palmeados como los patos), sólo lo pudo querer cuando se sometía a cirugías permanentes; ella amaría al hijo que sería en el futuro sin la sindactilia; amor trastornado del odio La madre lo anhela en un futuro mágico, omnipotente.

FORMAS DE EXISTENCIA EN LAS PRIVACIONES Y DEPRIVACIONES DE LOS CONTROLES

Los pacientes de la clínica de las agonías primitivas o impensables presentan alteraciones del espacio transicional (en los fenómenos transicionales o en la tercera zona

de experiencia en la que en la salud logra estar relajado estando no integrado; no se encuentra excitado pero si se encuentra listo para una nueva excitación, es decir se encuentra en estado de contemplación): como formas de sometimiento, trastornos en el tiempo y en el pensamiento, dificultad para jugar o para el humor.

Los pacientes privados en la primera fase muestran formas de sometimiento a una persona (como el caso de Liro), a tipos de ambiente, al cuerpo, a la fisiología (el niño del cordel en a adolescencia), a una sensorialidad, como el caso de Ruth de 23 años con artritis [16]. No es por la crisis que se le considera con trastorno psicossomático si no por la escisión de la organización del yo self en el que la mirada se encuentra escindida de las demás sensorialidades, del psiquessoma y del cuerpo biológico. Su centro del self se localiza en la mirada, ella asiste al mundo con el ojo de su cámara fotográfica, vive del cine, sacar fotografías, filmar películas, cortometrajes; le reconocen y destaca en su trabajo, pero refiere que no la hace feliz. Sólo desde lo que entra por el ojo, como el de la cámara, es posible de sostener en una excitación. Ella nunca ha sentido su cuerpo excitado sólo como un dolor en el corazón; siente el dolor si lo mira. En su trabajo de 1944, *Psiconeurosis oculares de la infancia* explica:

convendrá no olvidar que, desde un punto de vista del psicólogo, el ojo no se limita a ser un órgano de la vista. Así como los fenómenos corporales las cosas son absorbidas por la boca y expulsadas por medio de los órganos excretores, en la edificación de la personalidad esta absorción y excreción son realizadas por medio de todos los órganos del cuerpo: los ojos, la piel, las orejas, la nariz, etc. Es siempre mucho lo que entra por los ojos, que, además, representan un órgano de excreción” (126) [17].

Toda experiencia es a la vez física y no física. Las ideas acompañan y enriquecen a la función corporal, y estas acompañan y realizan la ideación (276) [7].

Ruth se muestra indiferente al mundo, al tratamiento; el vacío como espacio potencial de creatividad que se llena con experiencias en el desarrollo emocional primitivo saludable es diferente al vacío desértico de objetos self y de referentes suficientes de self en el que vive Ruth. En la clínica con los pacientes fronterizos se encuentra un trastorno en el tiempo, no transitan entre el presente, el pasado y el futuro como por ejemplo en el juego del For Da del nieto de Freud de 18 meses de nacido. Su existencia se basa o en el presente de estar atando objetos como el niño del cordel o en un pasado perdido como el caso de Mariana que está a la búsqueda del gesto perdido o en un futuro como el caso de Liro.

Del sostén en el ambiente de la primera fase del desarrollo emocional primitivo se transita al sostén en el tiempo en la fase depresiva **al poder mirar al pasado** el amor cruel y primitivo sin intensión. Siente tristeza, se preocupa por el objeto, capaz de jugar solo en presencia y de pensar por sí mismo ante las fallas saludables del ambiente ayudando a la vida psicosomática (residencia psique soma). Si el mundo interior o del self funciona puede hacer uso del pensamiento; de esta manera se puede considerar el pensamiento como una forma de sublimación primitiva. La sublimación en la neurosis funciona en relación a la represión pero no pasa por la represión; en el caso de las emociones primitivas si funciona el mundo interior puede pensar; si el mundo interior está afectado hay trastornos del pensamiento. El pensar como un aspecto de la imaginación creadora, cataloga, categoriza y coteja o de otra manera: reflexiona, coteja y comprende [18] [19], pero lo que sucede ante privaciones del ambiente **se escinde el cuerpo de la relación psique soma (el cuerpo se encuentra a la deriva)**, las mitades o los fragmentos impiden pensar; la ligadura que vincula los temas entre unos y otros, amenazan con amplificarse por su puesta en relación los unos con los otros; el verdadero trauma, la catástrofe, es la posibilidad de reunirse, de ligarse [20]. Mientras que en el miedo al derrumbe, como es el caso de Charles, **el pensamiento se escinde de la relación psique soma**, entonces el pensamiento más que ayudar a la vida psicosomática “resulta un estorbo para el psique-soma o para la continuidad existencial del individuo, continuidad que constituye el ser” (332) [21]. “Éste funcionamiento mental de tipo [predominantemente o únicamente] catalogador actúa como cuerpo extraño” (332) [21].

En los casos de la clínica de las agonías primitivas se encuentra dificultad para jugar puesto que está alterado o no funcionan las paradojas en la zona intermedia de experiencia o espacio transicional. En el caso de Charles él mismo dice como sus pensamientos lo invaden de tal manera que no puede jugar. En el caso de Mariana ella vive en una lentificación que desespera particularmente a la madre y en la escuela; cuando se tarda tantas horas en hacer la tarea, en ocasiones hasta la una de la madrugada; no cuenta con el espacio para jugar. En el caso del niño del cordel que **vive en una inmediatez** haciendo un presente que se le desvanece, el espacio transicional se ve amenazado permanentemente por la amenaza de aniquilación. Vemos como en estos casos desde la clínica no se trata entonces de angustia de castración sino de aniquilación, de fragmentación, de confusión. En la vivencia de privación algo que debió haber ocurrido, no ocurrió se trata de lo impensable queda un núcleo de vacío desértico de experiencias de self. En el miedo al derrumbe se trata de algo que ya le ocurrió en la

fase depresiva como privación de los controles; eso que teme a futuro ya lo vivió y aún no lo ha podido experimentar.

4. CAOS, NADA, NO EXISTIR

Winnicott distingue el terror causado por el ambiente, del caos y la nada generada por el bebé, lo explica:

Parecería que lo opuesto de la integración es la desintegración. Esto es cierto sólo en parte. Para designar lo opuesto necesitamos al principio una palabra como no integración. En el infante, la relajación significa no sentir la necesidad de integrarse, mientras da por sentada la función del yo auxiliar de la madre. Para comprender los estados de no excitación en los términos de esta teoría necesitamos una consideración adicional. El término “desintegración” se utiliza para describir una defensa compleja, que consiste en una producción activa de caos como defensa contra la no integración en ausencia del yo auxiliar materno, es decir, contra la angustia inconcebible o arcaica que resulta del fracaso del sostén en la etapa de la dependencia absoluta. El caos de la desintegración puede ser tan “malo” como la confiabilidad del ambiente, pero tiene la ventaja de que lo produce el propio bebé y por lo tanto es no ambiental (80) [2].

EL NIÑO QUE SE CONVIERTE EN NADA ANTE LA LOCURA DE LA MADRE [22]

El paciente un niño de seis años fue derivado a raíz de su incapacidad para utilizar el nivel de su inteligencia. Se dedicaba a hacer agujeros en sus guantes, saco, corbata y suéter. Sólo defecaba en una bacinica cerca de sus padres. Además tenía exigencias estrictas en muchos detalles para ciertas actividades de rutina y los alimentos que comía eran limitados.

Durante la única vez que Winnicott lo vio en una consulta terapéutica fue jugando con su locura, poniendo a prueba si el terapeuta era capaz de soportar los ojos graciosos y el triple orificio de la nariz. Luego le mostró cómo había aprendido a adoptar defensas extremas como la de convertirse en una nada como una manera de lidiar con la locura de la madre. Durante el juego los trenes debían hacerse a un lado para dejar pasar al expreso que amenazaban con invadir. El momento en que se pone loco o más bien poseído por la locura mostrándose a los ojos de Winnicott como un niño loco, alguien totalmente impredecible: comenzó a escuchar un ruido gracioso en el que no se sabía bien si estaba alucinando o recordando auditivamente un momento de confusión incluso para el mismo Win-

Winnicott que no comprendía bien qué era lo que estaba sucediendo, lo pensaba en términos de la escena primaria, pero después todo se volvió loco y Winnicott le dijo que dentro de su cabeza o quizás dentro de su mamá había un lugar loco. Prosiguiendo con el tema de la escena primaria le dijo Winnicott “y entonces mami hizo una fuerte ruido y lo llamaron Mark” que era el nombre del niño, hasta que finalmente le dijo: “*mami se pone loca a veces cuando tú estás ahí. Esto es lo que me estás mostrando*” (110) [22]. La madre quien estaba en tratamiento psicoterapéutico le dijo que efectivamente ella se enloquecía frente a él y que estaba segura de que era eso lo que perturbaba al niño.

PROPUESTA DE PSICOTERAPIA

Winnicott propone agrupar los casos de acuerdo al “equipamiento técnico que requieran del analista” [23] y los divide en tres categorías: los psiconeuróticos, los del análisis de la posición depresiva (deprivación de los controles y deprivación del objeto) y los que requieren ser sostenidos (privación).

Encontramos las siguientes propuestas de técnica, primero la de la **consulta terapéutica** en la que el terapeuta es un objeto subjetivo; dura entre una y tres sesiones con una hora de duración aproximadamente, en la que incluye el juego de garabato como una manera de comunicación con el niño para establecer la confianza. Generalmente la consulta terapéutica incluye una entrevista con la madre, que puede incluir lo que hemos llamado en el grupo de investigación de los doctorados del CiES como confesión de un secreto en el ser madre; es decir no solo se trabaja con los síntomas sino con el ser del niño y con el ser de la madre, de los padres; con la existencia de ambos como hijo y como madre o padre.

Winnicott en 1968 [1] refiere que una de sus aportaciones al psicoanálisis es la **transferencia delusional**. La desilusión o el derrumbe ocurrido de manera súbita, prolongada, impredecible, de las Clínicas de las Agonías primitivas ocurrió antes de haber logrado organizar al enemigo, antes de la capacidad de odiar o de poder sostener esta capacidad. El odio que se experimenta hacia el objeto bueno en la transferencia delusional, no se experimenta como odio, sino en forma delirante, como ser odiado por el analista (180) [24].

La **dependencia en la transferencia** cuando el psicoterapeuta sostiene, de manera que el paciente es capaz de depender del analista y organizar una regresión para experimentar por primera vez una vivencia de trauma primitivo, de agonía primitiva, de lo impensable, o de lo solo pensable. Experimenta por primera vez lo vivido como agonía impensable o solo pensable. Al poder organizar una regresión reactualiza lo que obstaculizaba el desarrollo, lo congelado, entonces la fuerza vital o agresividad, recupera su impulso crea-

por mismo. Con Winnicott la regresión no es a un punto de fijación sino a la dependencia. Si el paciente es capaz de depender de manera absoluta del terapeuta, como lo hace el infante con la madre ambiente, el consultorio se transforma en un espacio donde se despliega, como en un sueño, la agonía primitiva; pero se trata de una pesadilla de la agonía primitiva por privación o por deprivación de los controles o deprivación del objeto, que por primera vez podrá experimentar, si el terapeuta, desde su propia experiencia de confusión y desorientación, logra ayudar a experimentar por primera vez la agonía primitiva. De esta manera, los casos fronterizos se acercan más al trabajo del sueño.

Encontramos los casos cuando **el terapeuta es testigo** de ser nada, como en el caso del niño que se hace nada ante la locura de la madre; cuando **presta su psique** como lo hace la madre ambiente en la salud y cuando **se comunica desde el espacio potencial de creatividad** para facilitar la sobrevivencia del objeto a su destrucción. En esta clínica de las agonías primitivas no se trata de interpretar si no de sostener, de tolerar lo negativo de las relaciones y de sobrevivir a la destrucción.

Hemos agregado como técnica de psicoterapia, dentro del grupo de investigación de los doctorados en investigación psicoanalítica y en desarrollo humano y del Centro de atención a la comunidad del CiES, solicitar al padre, a la madre o a los padres, quien traiga al niño, que escriban la historia que le contarán al hijo de cuando era pequeño en sus tres primeros años de vida. Escribir la historia **facilita abrir un espacio potencial de creatividad** que se ha trastornado para facilitar transformaciones; se trata de recuperar el espacio transicional o fenómeno transicional perdido.

CONCLUSIÓN

Si funciona el espacio transicional, a la manera de fenómenos transicionales o de tercera zona de experiencia, entonces la negatividad facilita las experiencias y las relaciones y el infante puede transitar de ser sostenido por el ambiente a ser sostenido en el tiempo. Al crear el yoself o yocorporal u objetoyoself o esquema corporal, puede mirar al pasado el amor cruel primitivo sin intención, sentir tristeza, preocuparse por el objeto y jugar a la sobrevivencia del objeto y de sí mismo, del self; juegos de aparecer -desaparecer él mismo y el objeto como en el juego del For Da. Si el espacio transicional se encuentra amenazado o se afecta, es decir, si el objeto no sobrevive a su destrucción, entonces lo negativo es más real que la presencia del objeto, no hay transiciones, se idoliza lo negativo del objeto o de la relación y existe con la base del self sostenido en un solo tiempo y con formas de sometimiento.

Se puede concluir con palabras de Winnicott: “Si tenemos éxito, posibilitaremos que el paciente abandone la invulnerabilidad y se convierta en una persona que sufre” (241)[25].

BIBLIOGRAFÍA

[1] WINNICOTT, D.W.(1967). Posfacio: W.W.W. sobre D.W.W. En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009.

[2] WINNICOTT, D.W. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.

[3] DOLTO, F. (1983). Personología e imagen del cuerpo. En el juego del deseo. México: Siglo XXI, 2009.

[4] WINNICOTT, D.W. (1964 y 1969). El trastorno psicossomático. I. Aspectos positivos y negativos. 1964. II. Nota adicional sobre el trastorno psicossomático, 1969. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[5] FREUD, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. O.C. X. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.

[6] WINNICOTT, D.W. (1963). El miedo al derrumbe. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[7] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.

[8] WINNICOTT, D.W. (1954). Residencia de la psique en el cuerpo. En: La Naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[9] WINNICOTT, D.W. (1953). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En: Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1971.

[10] WINNICOTT, D.W. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Buenos Aires: Hormé, 1993.

[11] WINNICOTT, D.W.(1968). El uso del objeto y la relación por medio de identificaciones. En: Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 2008.

- [12] WINNICOTT, D.W. (1948). Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [13] ESPARZA, E.M. (2015). Los síntomas del TDAH, solo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. Tesis doctorado: CiES.
- [14] WINNICOTT, D.W. (1963). El enfermo mental entre los casos de la asistente social. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [15]] WINNICOTT, D.W. (1970). Sobre las bases del self en el cuerpo. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [16] RABADÁN, C. (2023). La Psicósomática y el self como fallas y deformaciones en el mundo interior. En: Winnicott, clínica de las agonías primitivas. México: Ediciones D'Jimena del Colegio Internacional de Educación Superior, CiES, 2023.
- [17] WINNICOTT, D.W. (1944). Psiconeurosis oculares de la infancia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [18] WINNICOTT, D.W.(1965). Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [19] WINNICOTT, D.W.(1968). El pensar y la formación de símbolos. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [20] GREEN, A. (2011). Posición fónica central. Conferencias en México. Vol. 2. México: Ediciones D'Jimena Colegio Internacional de Educación Superior y Paradiso editores, 2011.
- [21] WINNICOTT, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [22] WINNICOTT, D.W. (1969). La locura de la madre que aparece en el material clínico como factor ajeno al yo. Exploraciones psicoanalíticas II. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [23] WINNICOTT, D.W. (1954). Aspectos mentales psicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa, 2012.
- [24] WINNICOTT, D.W. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[25] WINNICOTT, D.W. El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva (1967). En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1993.

EN LA INTERDISCIPLINA

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DURANTE LA ADOLESCENCIA

JOSÉ MENDOZA LANDERO

Licenciatura en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES. Doctorado en Investigación Psicoanalítica por el CiES. Estudios de Post Doctorado en Psicoanálisis Contemporáneo en la Universidad Intercontinental. Doctorante en Salud Mental por el Instituto Superior de Estudios de Occidente. Maestría en Liderazgo y Dirección de Centros Educativos por la Universidad Internacional de la Rioja. Coordinador de la Licenciatura en Psicología del CiES. Docente a nivel de licenciatura y posgrado en CiES y varias universidades. Co-autor de: Manual de Neuropsicología, Ed. D´Jimena y CiES); Disertaciones psicoanalíticas sobre cine y violencia, Ed. Hayai Gücü y Universidad de Londres. Practica privada.

Recepción: 18 noviembre 2024/ Aceptación:21 diciembre 2024

RESUMEN

Este artículo analiza los factores protectores y de riesgo en la salud mental de adolescentes, utilizando como base el caso de un joven de 22 años con adicción al cannabis, TDAH no diagnosticado y rasgos de personalidad antisocial y narcisista. A partir de la revisión de literatura y un enfoque clínico, se identificaron factores de riesgo como la falta de límites familiares y un entorno social violento, así como factores protectores como la integración a actividades académicas y el apoyo terapéutico gradual. Se propuso un plan de intervención interdisciplinario con terapias individual, familiar, grupal y psicofarmacológica. Los resultados evidencian la importancia de un abordaje multifacético para mitigar riesgos y promover la resiliencia en adolescentes con entornos adversos. Este enfoque ofrece herramientas para mejorar el pronóstico y fomentar el bienestar emocional a través de estrategias personalizadas.

PALABRAS CLAVE: adicción a cannabis, factores protectores, factores de riesgo, intervención interdisciplinaria, salud mental adolescente.

SUMMARY

This article examines protective and risk factors in adolescent mental health through the case of a 22-year-old with cannabis addiction, undiagnosed ADHD, and antisocial personality traits. Literature review and clinical analysis identified risk factors such as family boundary issues and violent environments, alongside protective factors like academic reintegration and therapeutic support. An interdisciplinary intervention plan, including individual, family, group, and pharmacological therapies, was proposed. Results highlight the value of a multifaceted approach to mitigate risks and foster resilience in adolescents facing adverse conditions, improving outcomes through tailored strategies.

KEYWORDS: protective factors, risk factors, cannabis addiction, adolescent mental health, interdisciplinary intervention.

RÉSUMÉ

Cet article analyse les facteurs de protection et de risque pour la santé mentale des adolescents, en prenant comme base le cas d'un jeune de 22 ans souffrant d'une addiction au cannabis, d'un TDAH non diagnostiqué et de traits de personnalité antisociale et narcissique. À partir d'une revue de la littérature et d'une approche clinique, des facteurs de risque tels que l'absence de limites familiales et un environnement social violent ont été identifiés, ainsi que des facteurs de protection comme l'intégration à des activités académiques et un soutien thérapeutique progressif. Un plan d'intervention interdisciplinaire a été proposé, incluant des thérapies individuelle, familiale, de groupe et une prise en charge psychopharmacologique. Les résultats mettent en évidence l'importance d'une approche multifacette pour atténuer les risques et promouvoir la résilience chez les adolescents confrontés à des environnements défavorables. Cette approche offre des outils pour améliorer le pronostic et favoriser le bien-être émotionnel grâce à des stratégies personnalisées.

MOTS-CLÉS: facteurs de protection, facteurs de risque, addiction au cannabis, santé mentale des adolescents, intervention interdisciplinaire.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está enmarcado a un aspecto importante que se debe considerar en la busca de establecer la salud mental, se trata de los factores protectores y los factores de riesgo. Para esto se toma como eje de problematización un tema que por lo demás es muy actual, la viñeta clínica de un paciente con adicción al cannabis. En la descripción del

caso encontramos que en su entorno familiar aparecen otros factores que influyen de manera muy acusada en la aparición del trastorno, siendo los problemas de salud mental que predominan en su entorno, sumado es la falta de límites y de autoridad paterna, la consciencia de enfermedad, posibles diagnósticos en la infancia que no fueron atendidos, incluso de familiares que han padecido sus propios trastornos, todo lo cual forman elementos que evidentemente contribuyen al estado actual del paciente, de nombre Luis.

Una vez descrito el caso se hace la delimitación o encuadre de aquellos factores protectores con los cuales cuenta Luis, así como los riesgos inminentes a la salud mental a los que se enfrenta, mismos que se analizan en su papel ya sea desencadenante o de contención, según sea el caso, para la salud mental del paciente.

Cada uno de estos factores es revisado y explicitado de forma detallada. Y en el aspecto de los factores protectores se agrega cuales su influencia en el tratamiento y pronóstico.

Posterior a esto se elaboran las estrategias para el abordaje de los factores de riesgo y de protección, para lo cual se revisa de la literatura especializada pertinente que permita sustentar de forma objetiva, precisa y fundamentada.

Todo lo anterior permite establecer un plan de acción que incluye los objetivos a alcanzar, las actividades que deben ser ejercitadas así como los resultados que se esperan en la búsqueda de la recuperación, hasta donde sea posible, de la salud mental del paciente. Lo anterior es extensible a su familia nuclear. Finalmente se presentan las conclusiones que se deriven de este caso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un 22 años, habitante de Ciudad de México quien acude a psicoterapia, presentando como motivo de consulta el abuso de sustancias, particularmente cannabis, como parte de su proceso de rehabilitación después de haber cumplido una sentencia de seis meses y de encontrarse en libertad condicional por asalto. Las otras sustancias de consumo son tabaco, alcohol y cocaína de manera ocasional. A esto se suma posible TDAH no diagnosticado ni tratado en la infancia, trastorno de la personalidad antisocial y narcisista, conducta delictiva, conflictos familiares. Todo esto ha conducido a un marcado deterioro de la actividad social, familiar además de la laboral.

Su familia está compuesta por otras cuatro personas, su padre, su madre y su hermana. El conjunto familiar ha sido víctima de agresiones físicas por parte de Luis, generando en su hermana un alto índice de ansiedad. En el ámbito familiar mantiene una conducta de

tiranía y de sometimiento hacia los demás miembros de su familia. Ha realizado pequeños hurtos en casa con la finalidad de obtener recursos para adquirir las sustancias de consumo. En el caso de su padre, éste no es capaz de lograr establecer límites ni hacerse respetar por el paciente. Se encuentra en tratamiento por un trastorno de depresión. En el caso de la madre, se destaca el hecho de que actúa con sobreprotección hacia Luis impidiendo que el padre imponga su autoridad, accediendo constantemente a las demandas de su hijo sumado a que tiene baja consciencia de enfermedad de su hijo. En cuanto a la familia extendida hay datos de diversos trastornos mentales, como una abuela esquizofrénica.

En el plano social cuenta con un círculo muy limitado y sus relaciones afectivas o sexuales ocurren de manera esporádica en el contexto de consumo. En el aspecto escolar ha sido expulsado de diversas instituciones por indisciplina

Encuadre sobre los factores protectores y de riesgo en salud mental

Como se observó en la breve descripción del caso clínico que se nos presenta, el paciente tiene como principal característica el empleo de cannabis, junto con otras sustancias de abuso, sumado a rasgos de la personalidad patológicos y a un entorno social, pero sobretudo familiar poco saludable. En este apartado se revisarán los factores protectores necesarios y los riesgos presentes para el deterioro de su salud mental.

Según un estudio realizado con estudiantes en la ciudad de San Salvador [1] se pudieron encontrar los siguientes factores protectores ante el consumo de cannabis dentro del contexto de entornos educativos, siendo los más destacables el trabajo del director de la escuela y la satisfacción con el trabajo de las autoridades del colegio. En un estudio más amplio López y Rodríguez-Arias [2] ubican que un buen ambiente familiar y comunitario genera factores de protección, así como la edad, pues a mayor edad menor riesgo, lo mismo el sexo, siendo en el caso femenino un factor de protección. Además agregan que un ambiente escolar positivo con éxitos escolares también coadyuvan a generar dichos aspectos protectores. En otro estudio [3] coloca como principal factor de protección a la familia, seguido del nivel educativo, socioeconómico y la capacidad de resiliencia, así como la capacidad de manejar el estrés.

En el caso de factores de riesgo para el consumo de marihuana en contextos escolares, según Pérez [1] encontramos la ignorancia de la familia en cuanto a la existencia de algún problema, el control parental en la vida sentimental, niveles altos de ansiedad, y la inasis-

tencia a clases ante profesores difíciles. Por otro lado, Silva y Rodríguez-Arias [2] identifican como factores de riesgo la disponibilidad, los fracasos escolares, el sexo (masculino implica mayor riesgo), la edad (a menor edad mayor riesgo), actitudes familiares favorables al consumo y con historial de conducta antisocial. Otro estudio [3] coloca como factores de riesgo la edad, el sexo, la filiación con compañeros adictos, la falta de educación familiar sobre el tema, el estrés, y un entorno social violento, como los principales factores de riesgo.

Como se puede observar, tanto los factores de protección como los factores de riesgos pueden relacionarse con el modelo ecológico que indica cuatro niveles de factores. En cada uno de los estudios revisados se encontraron aspectos compatibles con cada uno de los niveles.

Análisis de los factores de riesgo

Podemos entender como factores de riesgo, como los define la OMS [5], como los múltiples determinantes que minan los aspectos de la salud mental a nivel individual, social y estructural. Entre ellos podemos ubicar de forma más concreta el entorno social, nivel económico, entorno geopolítico, e incluso aspectos emocionales y genéticos del individuo. En el paciente que corresponde a la viñeta podemos reconocer los siguientes:

Factores de Riesgo				
Conductuales	Sociales	Familiares	Individuales	Relacionales
1. Consumo de Droga	1. Colegio que no exige mayor compromiso del estudiante al aprobarlo incondicionalmente	1. Falta de límites en casa	1. Falta de consciencia de enfermedad	1. Sobre exigencias de atención en casa
2. Robo y violencia	2. Incapacidad de permanecer en un empleo	2. Padre depresivo	2. Abuso de sustancias	2. Incapacidad de adaptarse a las circunstancias (gimnasio, trabajo)
3. Tráfico de sustancias y violencia que motivaron la expulsión de diversos colegios	3. Grupo de amigos focalizado en conductas delictivas y consumo de drogas	3. Madre diagnosticada con Trastorno límite de la personalidad	3. Diversos trastornos mentales	3. Imagen paterna devaluada
4. Destrucción del mobiliario de casa-Falta de control en los impulsos	4. Entorno violento	4. Antecedentes familiares patológicos	4. Dislexia no atendida en la infancia	4. Falta de remordimiento
5. Falta de respeto a la propiedad privada	5. Riesgo de ser cancelado	5. Madre sobreprotectora	5. Consumo de sustancias desde temprana edad	5. Consumo de sustancias asociado a conductas delictivas

Identificación de los factores protectores

Según la Organización Mundial de la Salud [5] define los factores protectores como atributos tanto sociales como personales emocionales que son generadores de interacciones

positivas a distintos niveles como puede ser la familia, la escuela, un empleo adecuado, entorno social favorable, cohesión social que promueven el bienestar y la resiliencia. En el caso analizado podemos detectar o inferir los siguientes

Factores Protectores				
Conductuales	Sociales	Familiares	Individuales	Relacionales
1. Práctica de deporte y ejercicio	1. Pertenencia a un colegio	1. Solicitud de los padres en cuanto a la atención psicológica	1. Adecuación a situaciones	1. Pertenencia a un grupo de amigos
2. Paulatina abstinencia a las sustancias adictivas	2. Apoyo de instituciones de salud	2. Madre en tratamiento psicológico	2. Cambios de actitud para evitar internamientos	2. Aceptación de la autoridad masculina
3. Integración al ámbito académico	3. Apoyo e intervención en caso necesario de la policía	3. Padre en tratamiento psicológico	3. Paulatino respeto a la figura paterna	3. Admiración hacia los padres por su capacidad adquirida a enfrentarse a él
4. Participación en el trabajo de grupo terapéutico	4. Riesgo a ser detenido por sus conductas agresivas y los delitos cometidos	4. Cercanía con la madre	4. Gradual disminución del consumo de alcohol y de sustancias	4. Disminución de la violencia familiar
5. Aceptación de la autoridad		5. Aceptación de la instalación de límites y normas en el entorno familiar	5. Cambio de la autopercepción	5. Aceptación del trabajo grupal

Estrategias para el abordaje de los factores de riesgo y de protección

En este apartado se revisarán diversas estrategias para abordar las distintas estrategias de abordaje tanto en los factores de riesgo así como de protección para los adolescentes [6].

En el caso de los factores protectores podemos encontrarlos a distintos niveles, a saber, en el individuo, en la familia, en el grupo y en la sociedad, mismos que a su vez se pueden dividir cada uno en factores protectores de amplio espectro y en factores protectores específicos. Este conjunto de aspectos apuntan a prevenir riesgos a la salud mental.

A nivel de lo familiar la implementación de escuela para padres puede ser una buena herramienta para crear consciencia de las necesidades del adolescente como también ser un espacio contenedor de las ansiedades paternas. Esto a su vez permite transmitir al adolescente una serie de aspectos cruciales como la apertura al diálogo, establecimiento de confianza y una serie de valores, lo que permitirá al adolescente sentirse con las herramientas necesarias para avanzar en la vida, sortear los avatares de los cambios propios de la edad, y generar mayor resiliencia.

En el campo escolar, la inclusión del deporte en la vida estudiantil, así como el acompañamiento empático pero con límites de la comunidad educativa se constituye como un aspecto crucial que puede servir de mecanismo para la identificación de problemas de salud mental así como la contención e intervención oportuna.

A nivel comunitario, un entorno social que brinde seguridad y perspectivas y objetivos de vida futura con oportunidades puede convertirse en un entorno que facilite que el adolescente esté expuesto a menores riesgos para su salud y que a su vez, en caso de que apareciera alguna situación indeseada se pueda contar con la accesibilidad a los sistemas de salud para la atención inmediata de su problemática,

En el caso de los factores de riesgo, estos los podemos ubicar en los mismos entornos, apareciendo incluso como un reflejo negativo de los factores protectores.

En el caso de la familia, si prevalece una crianza inadecuada, ya sea altamente restrictiva como permisiva, puede favorecer la aparición de ciertos rasgos de personalidad que acercarán al individuo a situaciones de riesgo. De igual forma, problemas familiares, violencia, falta de límites claros, permiten vulnerar al adolescente haciendo presa fácil para diversos trastornos o de situaciones generadoras de riesgo como el consumo de sustancias adictivas.

En el entorno escolar, a semejanza del familiar, al no existir los recursos necesarios para fomentar un clima adecuado para el estudiante, puede exponerlo a riesgos que de otro modo permanecerían lejanos. Ejemplo de ello, es el acceso a sustancias ilícitas.

En el aspecto de la comunidad, cuando el lazo social se ve amenazado, por la falta del estado de derecho, poco aprecio a las instituciones, carencia de seguridad, marginalidad, entre otros, los problemas de salud mental tendrán la oportunidad de aparecer al menor estímulo.

En conclusión, los factores de riesgos a la salud mental son una realidad a la que cualquier individuo puede enfrentarse, pero si se logra dar el giro y permitir la aparición de los factores protectores, se estará alcanzando un nivel mucho mayor de bienestar para cada uno de los individuos que conforman la sociedad.

Plan de acción

El trabajo interdisciplinario es necesario para conducir y llevar a buen término el proceso terapéutico en el caso de pacientes con problemas de adicción y que al tener la intervención con la familia mejora el pronóstico [4]. Como se sabe los factores de riesgo aparecen a varios niveles, lo mismo que los factores protectores pueden implementarse en las mismas áreas. A partir de mis estrategias de trabajo en las adicciones y con lo revisado en este trabajo y en el módulo, la manera de intervenir puede presentarse de esta manera:

Terapia Individual. El paciente adicto presenta generalmente comorbilidades que suman la adicción con algún otro trastorno, generalmente la depresión y el trastorno generalizado de ansiedad. Sin embargo, esto no es privativo de este trastorno sino que pueden existir otros que son determinantes. A lo anterior se suman los conflictos no resueltos ya sea a nivel consciente o inconsciente. Una psicoterapia cognitivo conductual que podría tener un eficacia probada en el tratamiento de las adicciones, aunque hay que considerar que es común la poca falta adherencia al tratamiento. Ejemplo de lo anterior es que en promedio los pacientes asisten a tan solo once sesiones en los Centros de Integración Juvenil (Comunicación personal de Dr. Bruno Díaz, Director de enseñanza de CIJ, 2018). Una alternativa es la atención psicoanalítica que tiene un enfoque centrado en la exploración de las emociones y que permite la resolución de los conflictos y de la integración de toda la personalidad, aunque suele tomar un tiempo mayor para que el paciente reporte la desaparición de sus síntomas

Terapia familiar. El síntoma individual, suele tener como origen los conflictos familiares. Como bien se sabe, un nicho para los factores de riesgo, es el entorno familiar. Es por esto que será necesario que los cohabitantes del paciente puedan llevar sus propios procesos terapéuticos individuales o de forma conjunta en terapia familiar, para que de esta manera puedan dejar de promover dichos factores de riesgo y por el contrario, eventualmente puedan facilitar la aparición de factores protectores.

Terapia grupal. El grupo terapéutico permite contener y procesar los conflictos individuales. EL individuo puede lograr sentir empatía y comprensión con sus pares, además de que le permita empezar a desarrollar habilidades sociales y construir redes de apoyo, a las cuales recurrir en situaciones de vulnerabilidad.

Terapia psicofarmacológica. A nivel fisiológico los pacientes pueden presentar graves alteraciones, como pueden ser las redes neuronales, los neurotransmisores, las sinapsis, entre otras. La supresión de alguna sustancia adictiva genera en la mayoría de los casos el llamado síndrome de abstinencia. Este síndrome generaría un conjunto de síntomas que fácilmente podrían conducir al paciente a una recaída. La manera de evitarlo es un tratamiento médico que permita sustituir y regular la comunicación neuronal con lo cual se evitan los efectos nocivos de la abstinencia a la sustancia adictiva.

En la medida que se pueda implementar una intervención interdisciplinaria, aumenta un buen pronóstico sobre el padecimiento.

CONCLUSIÓN

La salud mental en la adolescencia es un aspecto de creciente preocupación en la sociedad actual, especialmente cuando los individuos se enfrentan problemas complejos como trastornos duales o con comorbilidades como el caso aquí revisado de un paciente con adicción al cannabis sumado a un posible TDAH y rasgos narcisistas, como principales trastornos y que se acompañan de actitudes delictivas, violencia, falta de límites, entre otros. Los factores protectores y de riesgo juegan un papel crucial en el desarrollo y el manejo del tratamiento y de las intervenciones terapéuticas. En este aspecto, es vital comprender cómo estos factores interactúan entre sí y cómo se pueden aplicar estrategias efectivas para mejorar los resultados en la salud mental de los adolescentes, particularmente en aquellos con entornos familiares complicados, con antecedentes familiares de trastornos mentales.

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de que un individuo desarrolle problemas de salud mental. En el caso de un adolescente con adicción al cannabis, posible TDAH, falta de límites sumado a varios factores de riesgo están presentes. La adicción al cannabis puede ser un mecanismo de afrontamiento ante el estrés, la ansiedad y la baja autoestima, factores comunes en adolescentes con problemáticas familiares.

En este caso específico, el entorno familiar también constituye un factor de riesgo significativo. La madre del paciente tiene TLP, una condición que puede implicar patrones de relación inestables y comportamientos impulsivos, lo que podría generar un ambiente caótico y estresante en el hogar. El padre, por su parte, sufre de depresión, lo que puede contribuir a una falta de apoyo emocional y estabilidad en el hogar. Ambos factores pueden exacerbar los problemas de salud mental del adolescente, aumentando su vulnerabilidad a la adicción.

Por otro lado, los factores protectores son aquellos que pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de los factores de riesgo y promover la resiliencia. En el caso de este adolescente, algunos factores protectores importantes podrían incluir un fuerte sistema de apoyo social, acceso a servicios de salud mental, y la participación en actividades extracurriculares que fomenten un sentido de logro y autoestima. Las relaciones positivas con amigos, mentores y otros adultos de confianza pueden proporcionar el apoyo emocional y la estabilidad que el adolescente necesita.

En el contexto de la salud mental, es fundamental considerar tanto los factores de riesgo como los factores protectores para desarrollar un plan de intervención integral y efectivo. En el caso de un adolescente con adicción al cannabis, con una madre con TLP y un padre con depresión, la situación es compleja y requiere un enfoque personalizado y multifacético. La colaboración entre profesionales de la salud mental, educadores, y la familia es crucial para proporcionar el apoyo necesario y mejorar los resultados a largo plazo.

De los elementos revisados en este módulo, tales como las lecturas, las clases y la investigación realizada para este proyecto integrador dejan como enseñanza la importancia de considerar diversos aspectos para atender la salud mental de los consultantes, así como las condiciones de su entorno, para diseñar programas de intervención específicos para aumentar las posibilidades de éxito dentro de un tratamiento.

La comprensión y el abordaje de los factores de riesgo y protectores en la salud mental es esencial para el bienestar de los adolescentes, y de la población en general, que enfrentan desafíos significativos. Un enfoque multidisciplinario que incluya terapia individual, familiar, grupal y psicofarmacológica, junto con un fuerte sistema de apoyo social, puede marcar una diferencia significativa en la vida de estos jóvenes. La identificación temprana y la intervención adecuada pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de los factores de riesgo y promover la resiliencia y el bienestar emocional en el adolescente, facilitando un camino hacia una vida más plena y satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] PÉREZ, F. (2019). Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en estudiantes de séptimo a noveno grado en cinco centros educativos de la ciudad de San Salvador. *Crea Ciencia Revista Científica*. 12(1), 32-48.
- [2] LÓPEZ LARROSA, S., Y RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 22(4), 568-573.
- [3] ZAPATA, M., BETANCOURTH ZAMBRANO, S., Y GRZYWACZ, J. (2015). Risk and protective factors for lifetime marijuana use among Colombian emergent adults attending college. *ISSBD Bulletin*. 39, 5-9.
- [4] SANTAMARÍA, J., FOMPEROSA, I., ARGÜELLO, N., Y PORTILLO, C. (2009). Manejo multidisciplinario de los trastornos adictivos, a propósito de un caso. *Unidad de Trastornos Adictivos de Santander*. 11(1), 64-70.
- [5] WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2024). Mental health: Strengthening our response. *Fact Sheets*. Consultado el 1 de junio de 2024.
- [6] ÁNGELES PÁRAMO, M. D. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*. 29(1), 85-95.

HIPERCONECTIVIDAD: ALIADA O ENEMIGA DE NUESTRA SALUD MENTAL.

FENÓMENO – COVID-19

MAURICIO TEHUITZIL RUIZ

Licenciado en Psicología por el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES),
Maestrante en Psicoterapia Psicoanalítica en el Colegio Internacional de Educación Superior.
Consulta privada.

Recepción: 19 noviembre 2024/ Aceptación: 01 diciembre 2024

RESUMEN.

La hiperconectividad ha transformado nuestras vidas, especialmente en momentos de crisis como la pandemia de COVID-19. Durante este periodo, la tecnología jugó un papel crucial para mantener la conectividad y proporcionar entretenimiento dentro de los hogares. Sin embargo, surge la pregunta: ¿es la tecnología realmente un apoyo beneficioso o una adicción en potencia? Este artículo analiza el impacto de la hiperconectividad en la salud mental y emocional, explorando tanto sus ventajas como sus riesgos. Además, se profundiza en el fenómeno del Hikikomori, un término japonés que describe a individuos que se aíslan socialmente y dependen en gran medida de la tecnología, y cómo esta tendencia se ha visto exacerbada durante la pandemia.

PALABRAS CLAVE: adicción digital, contacto social genuino, Hikikomori, hiperconectividad, pandemia, psicoanálisis, salud mental, tecnología.

SUMMARY

Hyperconnectivity has transformed our lives, especially in times of crisis like the COVID-19 pandemic. During this period, technology played a crucial role in maintaining connectivity and providing entertainment within homes. However, the question arises: is technology really a beneficial support or a potential addiction? This article analyzes the impact of hyperconnectivity on mental and emotional health, exploring both its advantages and risks. Additionally, it delves into the phenomenon of Hikikomori, a Japanese term that describes

individuals who isolate themselves socially and rely heavily on technology, and how this trend has been exacerbated during the pandemic.

KEY WORDS: numerical dependence, veritable social contact, Hikikomori, hyperconnectivity, pandemic, psychanalyse, santé mentale, technologie.

RÉSUMÉ

.L'hyperconnectivité a transformé nos vies, surtout en période de crise comme la pandémie de COVID-19. Durant cette période, la technologie a joué un rôle crucial dans le maintien de la connectivité et la fourniture de divertissements au sein des foyers. Cependant, la question se pose : la technologie est-elle réellement un support bénéfique ou une potentielle addiction ? Cet article analyse l'impact de l'hyperconnectivité sur la santé mentale et émotionnelle, en explorant à la fois ses avantages et ses risques. De plus, il se penche sur le phénomène Hikikomori, un terme japonais qui décrit les individus qui s'isolent socialement et dépendent fortement de la technologie, et comment cette tendance a été exacerbée pendant la pandémie

MOTS CLÉS: dépendance numérique, véritable contact social, Hikikomori, hyperconnectivité, pandémie, psychanalyse, santé mentale, technologie.

INTRODUCCIÓN

La tecnología ha transformado nuestras vidas de manera profunda, especialmente en momentos de crisis como en la pandemia de COVID-19. Durante el confinamiento se convirtió en un recurso indispensable para mantenernos conectados, permitiendo que las personas pudieran trabajar, estudiar y socializar de manera remota. Plataformas de videoconferencias, redes sociales y servicios de entretenimiento en línea jugaron un papel crucial para evitar el aislamiento social y emocional. Sin embargo, el uso creciente de la tecnología también plantea la pregunta: ¿hasta qué punto está hiperconectividad es beneficiosa y cuándo comienza a ser perjudicial?

Un fenómeno que resalta los límites de la dependencia tecnológica es el "Hikikomori", un término japonés que describe a individuos que se aíslan por completo del mundo social, permaneciendo reclusos en sus hogares y dependiendo casi exclusivamente de la tecnología. Aunque este fenómeno existía mucho antes de la pandemia, la crisis sanitaria global exacerbó este tipo de comportamiento en muchos aspectos, sirviendo como un ejem-

plo extremo de los riesgos que puede traer la hiperconectividad. Mientras la tecnología proporcionó un puente para que millones de personas mantuvieran un contacto básico con el mundo exterior, para aquellos con tendencias Hikikomori, la pandemia fue una validación de su reclusión, profundizando su aislamiento.

La pandemia fue el escenario ideal para el auge de la hiperconectividad, en la que las herramientas tecnológicas se presentaron como soluciones indispensables. Sin embargo, este fenómeno también evidenció cómo el exceso de conexión digital puede reforzar dinámicas de aislamiento. El Hikikomori, que antes se consideraba un fenómeno aislado a ciertas culturas, se amplió como un ejemplo claro de cómo la tecnología, aunque útil en muchas situaciones, puede también fortalecer la desconexión humana cuando se convierte en el único medio de interacción.

Este artículo pone en cuestión los límites del uso de la tecnología como un sustituto del contacto social genuino, especialmente en contextos donde la reclusión y el aislamiento ya estaban presentes, pero también subraya la importancia de comprender los riesgos y beneficios de la hiperconectividad en un contexto post-pandémico. A través del análisis de fenómenos como el Hikikomori, se examina cómo la tecnología puede ser tanto un recurso valioso como un factor que profundiza el aislamiento social y afecta la salud mental. Desde una perspectiva psicoanalítica, se destaca la necesidad de encontrar un equilibrio saludable en el uso de la tecnología para maximizar sus beneficios mientras se minimizan sus riesgos. Este enfoque busca promover un bienestar integral en la era digital, ofreciendo estrategias que favorezcan la conexión genuina y el uso consciente de los recursos tecnológicos.

DESARROLLO.

El avance tecnológico y el uso de redes propiciaron cambios profundos en la vida de las personas, tanto facilitando nuevas formas de conexión como trayendo problemáticas en la manera en que nos relacionamos. Estos efectos se vieron potenciados durante la pandemia, donde el aislamiento forzó a estudiantes, empleados y familias enteras a depender de la tecnología no solo para trabajar y estudiar, sino también para mantener sus vínculos sociales.

Aunque el uso constante de dispositivos ya era una realidad para muchos, la pandemia aceleró de manera forzada esta dependencia tecnológica, lo cual no solo afectó la pro-

ductividad y las relaciones, sino también provocó la aparición de nuevos síntomas entre los usuarios frecuentes, como el agotamiento, la ansiedad y la desconexión emocional. [1].

Este "fuerte empujón" a la vida digital tiene una verdadera razón no tecnológica sino humana, como señala Mariela Reiman, directora de Chicos.net: "La necesidad de estrechar vínculos sociales y mantener una vida activa nos llevó a aferrarnos a la tecnología como nunca antes" [2].

Como síntoma de los nuevos tiempos, muchos pacientes refieren en sus consultas médicas agotamiento debido a factores como el cansancio, el multitasking y la hiperconexión, según señala una investigación médica [3]. La rutina modificada de modo abrupto y las nuevas condiciones de trabajo, desarrollo y convivencia ya marcan precedentes. Por todo esto, se calcula que las huellas perdurarán por años.

HIKIKOMORI Y PANDEMIA: UN MODELO DE AISLAMIENTO GENERALIZADO

El fenómeno del Hikikomori, caracterizado por un aislamiento social extremo y una dependencia tecnológica, describe a individuos que se retiran de la vida social y se encierran en sus hogares durante largos periodos. Estos individuos, generalmente jóvenes, dependen casi exclusivamente de la tecnología para satisfacer sus necesidades cotidianas, evitando cualquier tipo de interacción social fuera de su núcleo familiar [1].

Durante la pandemia millones de personas en todo el mundo se vieron obligadas a experimentar una forma temporal de este aislamiento social. Las medidas de confinamiento y distanciamiento social limitaron severamente las interacciones cara a cara, haciendo de la tecnología el único medio para mantener conexiones sociales. Para la mayoría, esta situación fue temporal, pero para aquellos con tendencias Hikikomori, la pandemia actuó como una justificación para su estilo de vida, reforzando su dependencia tecnológica y consolidando aún más su reclusión.

Este fenómeno destaca los riesgos de la hiperconectividad, que, aunque permite a las personas mantenerse funcionales y conectadas, en casos extremos como el Hikikomori profundiza el aislamiento, complicando la posibilidad de reintegración social una vez que las restricciones se levantaron.

PANDEMIA Y EL CAMBIO QUE GENERÓ

A medida que se han expandido las medidas de confinamiento a lo largo y ancho del planeta, el ritmo de trabajo de la comunidad científica para comprender la naturaleza y los mecanismos de propagación del virus COVID-19 ha crecido de manera significativa. Sin embargo, un hecho que está pasando bastante desapercibido es la contribución que la tecnología está haciendo a todo este progreso.

La digitalización está recorriendo todavía sus primeras décadas y necesitará tiempo para escribir su propio camino. Por encima del fuerte impacto que ya ha causado, la experiencia pone de manifiesto que los cambios en la oferta, los usos y consumos son un terreno de análisis que hay que trabajar día a día [4].

Hemos ido comprendiendo que el continuo avance tecnológico da apertura al apoyo y soporte a las nuevas necesidades de los usuarios. Un gran beneficio de estos continuos avances es el sistema que contienen para procesar cierta información que la persona va consultando.

De esta manera, son capaces de utilizar dichos datos para predecir resultados futuros y extraer otras conclusiones valiosas. Así, por ejemplo, podrían llegar a predecir el número de muertes por COVID-19 entre varones de más de 60 años de edad en un determinado país [5].

Por otro lado, los usuarios que comenzaron a utilizar sus dispositivos principalmente para buscar entretenimiento, socializar, entre otras cosas, empezaron a mostrar cierta dependencia por el uso constante de ello, ya que, por dichas circunstancias, no encontraban otro medio como sustento en sus tiempos libres dentro de sus casas.

Continuando con el transcurso vivido en la pandemia, nos fuimos adecuando al uso de estas herramientas para el trabajo, la escuela, entre otras actividades, todo esto debido a que se necesitaba, de cierta forma, retomar la participación de dichas labores por parte de la gente.

De cierto modo, los estudiantes y jóvenes pudieron retomar dichas actividades de forma simple, pero para aquellos alejados de dicha tecnología usualmente, les costó más trabajo acoplarse a este método.

Los estudiantes están acostumbrados a moverse dentro de una interfaz con solo hacer clic sobre íconos para hacer sus trabajos o jugar, por lo que únicamente necesitan ver que

algo funciona en lugar de entender cómo funciona: su prioridad es la eficacia de lo que hacen con la tecnología más que reflexionar al respecto [6].

HIKIKOMORI: PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICA Y PSIQUIÁTRICA

Ambos enfoques, el psicoanalítico y el psiquiátrico, aportan una visión más amplia y profunda del fenómeno Hikikomori permitiendo comprender cómo las dinámicas internas y sociales influyen en el comportamiento de los individuos que adoptan esta forma de aislamiento extremo. A través de estos enfoques, es posible identificar no solo los factores subyacentes al Hikikomori, sino también las posibles implicaciones para su tratamiento y reintegración social.

Perspectiva Psicoanalítica

Desde el enfoque psicoanalítico, el fenómeno del Hikikomori puede ser entendido como una manifestación extrema de la retirada del mundo externo, lo que Freud describió como una regresión a un estado más primitivo del desarrollo psíquico [7]. En este contexto, la tecnología se convierte en una extensión del ego, permitiendo a los individuos manejar sus ansiedades y evitar enfrentarse a las demandas del mundo exterior. Esta retirada del mundo real puede verse como una defensa frente a las tensiones emocionales, una forma de evitar la frustración y el dolor que el contacto con otros podría generar.

Por otro lado, Melanie Klein subrayó la importancia de las relaciones objetales para el desarrollo emocional. Aunque la hiperconectividad proporcionada por la tecnología facilita formas de relación virtual, estas pueden resultar insuficientes para satisfacer las necesidades emocionales profundas de los individuos, lo que lleva a una creciente sensación de desconexión y aislamiento [8]. Durante la pandemia, muchos Hikikomori encontraron en la tecnología una vía para mantener su estilo de vida recluso, sin la presión social de salir y enfrentar el mundo exterior. Sin embargo, este uso continuo de la tecnología no solo perpetuó el aislamiento, sino que también dificultó su reintegración social cuando las restricciones pandémicas fueron levantadas.

Perspectiva Psiquiátrica

Desde la perspectiva psiquiátrica, el Hikikomori se describe como un fenómeno sociocultural y psicopatológico caracterizado por un aislamiento social extremo. Este trastorno, documentado inicialmente en Japón, afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, quienes permanecen confinados en sus hogares durante largos períodos, evitando actividades cotidianas como la educación, el empleo y las interacciones sociales. Aunque

este aislamiento refleja una retirada del mundo, está estrechamente relacionado con factores culturales, dinámicas familiares disfuncionales y el uso excesivo de la tecnología como medio de evasión [9].

En términos psiquiátricos, el Hikikomori presenta una alta comorbilidad con trastornos como la depresión mayor, la esquizofrenia y el trastorno de ansiedad social. Sin embargo, existen casos de Hikikomori primario, en los cuales el aislamiento no está directamente relacionado con una condición psiquiátrica subyacente. En estos casos, la influencia de factores sociales y tecnológicos es clave, ya que facilitan y perpetúan la reclusión de los individuos [9]. La pandemia de COVID-19 exacerbó este fenómeno al ofrecer un contexto en el cual la dependencia tecnológica se volvió no solo aceptable, sino esencial, lo que validó el estilo de vida recluso y redujo la presión social para interactuar físicamente con el mundo. Aunque la tecnología permitió a los Hikikomori mantener un contacto mínimo con el exterior, también reforzó patrones de aislamiento que dificultaron su reintegración social una vez eliminadas las restricciones.

La revisión del fenómeno del Hikikomori desde las perspectivas psicoanalítica y psiquiátrica permite una comprensión más clara y matizada del término. Ambas disciplinas destacan la complejidad de este fenómeno, reconociendo la influencia de factores internos (como las defensas psíquicas y las relaciones objetales) y externos (como las dinámicas sociales y el uso de la tecnología). Este enfoque multidisciplinario no solo amplía la visión sobre el Hikikomori, sino que también resalta la importancia de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos emocionales como sociales de la reclusión extrema. De este modo, se favorece una mayor comprensión y eventualmente una mejor respuesta terapéutica y preventiva ante este fenómeno en expansión.

PROS Y CONTRAS DE LA HIPERCONECTIVIDAD

La hiperconectividad, impulsada por el avance de la tecnología, tiene efectos variados según el contexto y las características de las personas que la experimentan. En este apartado se presenta un análisis comparativo que abarca tanto los beneficios como los riesgos de este fenómeno desde un enfoque más amplio. Se exploran las experiencias de dos grupos: las "personas típicas", quienes representan a aquellos con un estilo de vida relativamente equilibrado y adaptativo, y los *Hikikomori*, individuos cuya dependencia de la tecnología está intrínsecamente ligada a su aislamiento social.

Este análisis permite entender cómo la tecnología influye de manera diferenciada en es-

tos dos grupos, destacando los pros como la conexión social y el acceso a recursos, así como los contras, que incluyen la adicción digital y el impacto negativo en la salud mental. De esta manera, se identifican patrones clave para evaluar tanto las ventajas como las desventajas de la hiperconectividad en un contexto más amplio.

Pros:

1. Conexión Social:

- Para Personas Típicas: La tecnología permitió mantener los vínculos sociales y reducir la sensación de aislamiento. Videollamadas, redes sociales y aplicaciones de mensajería ayudaron a mantener la comunicación fluida.
- Para Hikikomori: Proporcionó una plataforma que valida su estilo de vida recluso, permitiéndoles mantener cierta interacción social sin salir de su zona de confort.

2. Acceso a Recursos:

- Para Personas Típicas: Facilitó el trabajo remoto, la educación en línea y el acceso a servicios esenciales, minimizando la interrupción en sus rutinas diarias.
- Para Hikikomori: Les permitió acceder a servicios y entretenimiento sin tener que enfrentar el mundo exterior, reforzando su dependencia de la tecnología.

3. Entretenimiento y Distracción:

- Para Personas Típicas: La tecnología ofreció una vía de escape del estrés y la incertidumbre a través de juegos, películas y actividades en línea.
- Para Hikikomori: La misma tecnología que proporciona entretenimiento también actúa como un sustituto de la interacción social y el desarrollo personal.

Contras:

1. Adicción Digital:

- Para Personas Típicas: El uso excesivo de la tecnología puede llevar a la adicción, afectando negativamente la productividad, el sueño y la salud mental.
- Para Hikikomori: La dependencia tecnológica se amplifica, consolidando su reclusión y dificultando aún más la reintegración social.

2. Impacto Negativo en la Salud Mental:

- Para Personas Típicas: La exposición constante a pantallas y la presión de mante-

ner una presencia en línea pueden aumentar los niveles de estrés y afectar negativamente la salud mental.

- Para Hikikomori: La tecnología perpetúa su estado de aislamiento, exacerbando problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión.

3. Pérdida de Conexión Real:

- Para Personas Típicas: Aunque mantienen conexiones virtuales, pueden experimentar una falta de interacción humana auténtica, llevando a una desconexión emocional.
- Para Hikikomori: La hiperconectividad virtual no puede sustituir las relaciones interpersonales reales necesarias para un desarrollo emocional saludable.

Los puntos comparativos de Pros y Contras destacan dos caras de una misma moneda en relación con la hiperconectividad y su impacto durante la pandemia. Por un lado, la tecnología ofreció a los Hikikomori una justificación socialmente aceptada para su estilo de vida recluso, eliminando temporalmente la presión externa para cambiar. Esto podría interpretarse como un alivio psicológico para ellos, ya que la pandemia validó sus preferencias de aislamiento como una medida prudente y necesaria. Sin embargo, este aparente "beneficio" también tiene un alto costo, ya que refuerza patrones de conducta que dificultan su eventual reintegración social.

Por otro lado, el aislamiento profundizado destaca el riesgo de la hiperconectividad como un catalizador de desconexión en lugar de solución. Aunque la tecnología permite a los Hikikomori mantener un vínculo mínimo con el mundo exterior, no fomenta interacciones genuinas ni el desarrollo de habilidades sociales. Esto hace que el regreso a una vida menos aislada sea aún más desafiante una vez que las circunstancias externas cambian. Así, estos puntos enfatizan la necesidad de un enfoque más equilibrado y de estrategias que no solo validen el aislamiento momentáneo, sino que también promuevan herramientas para la reintegración social y el bienestar emocional.

CONCLUSIÓN

La pandemia de COVID-19 ha actuado como un catalizador que ha amplificado tanto los beneficios como los riesgos asociados con la hiperconectividad. La tecnología ha demostrado ser una herramienta indispensable para mantener la conectividad social y proporcionar acceso a recursos esenciales durante un periodo de aislamiento sin precedentes.

Para muchas personas, ha ofrecido un medio para mitigar la soledad, mantenerse productivos y encontrar entretenimiento en tiempos de incertidumbre.

Sin embargo, este aumento en la dependencia tecnológica también ha puesto de relieve los peligros potenciales de la hiperconectividad. El fenómeno del Hikikomori, que ya existía antes de la pandemia, proporciona un caso extremo de cómo la tecnología puede ser utilizada para justificar y profundizar el aislamiento social. La constante exposición a dispositivos electrónicos y la sustitución de las interacciones cara a cara por conexiones virtuales pueden llevar a una dependencia poco saludable, impactando negativamente en la salud mental y emocional.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la tecnología puede servir tanto como una extensión del ego para manejar ansiedades como un refugio que perpetúa el estado de aislamiento. Es crucial encontrar un equilibrio saludable en nuestra relación con la tecnología, aprovechando sus beneficios sin caer en la trampa de la adicción digital y la desconexión emocional.

Mirando hacia el futuro, es esencial que la investigación continúe explorando las complejidades de la hiperconectividad, especialmente en un mundo post-pandémico. Solo mediante una comprensión profunda de estos fenómenos podremos desarrollar estrategias efectivas para maximizar los beneficios de la tecnología, al tiempo que mitigamos sus riesgos, promoviendo así un bienestar integral en la era digital.

En última instancia, el desafío es aprender de esta experiencia para crear un entorno donde la tecnología sirva como un apoyo beneficioso y no como una amenaza a nuestra salud mental y emocional. Adaptarnos a esta nueva realidad implica no solo un uso conveniente de la tecnología, sino también la promoción de un ambiente equilibrado y saludable para el bienestar integral de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

[1] SAITO, T. (1998). "Hikikomori: Adolescence Without End". Minneapolis: University of Minnesota Press.

[2] HERRERA, C. (2020). Hiperconectividad en pandemia: hay que redefinir a qué nos referimos con la "cultura pantalla". Revisado por última vez el 25 de abril del 2024 a las 16:45. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/tecnologia/hiperconectividad-pandemia-hay-definir-que-nos-referimos-nid2358791/>

- [3] MEDIFÉ. (2021). Cómo influye el estrés y la hiperconectividad en la salud. Revisado por última vez el 25 de abril del 2024 a las 19:12. Disponible en: <https://www.medife.-com.ar/noticias/informacion-general/como-influye-el-estres-y-la-hiperconectividad-en-la-salud>
- [4] ARRIETA, E. y Cols. (2020). Pandemia, consumo audiovisual y tendencias de futuro en comunicación. Revista De Comunicación Y Salud, 10(2), 149-183. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).149-183](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).149-183)
- [5] DARLINGTON, K. (2020). Cómo está ayudando la inteligencia artificial a contener la pandemia de COVID-19. Revisado por última vez el 26 de noviembre del 2021 a las 2:45.
- [6] AYALA, T. (2015). Redes sociales e hiperconectividad en futuros profesores de la generación digital. Universidad Nacional de Entre Ríos. Argentina.
- [7] FREUD, S. (1923). El yo y el ello. O. C. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- [8] KLEIN, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Desarrollos en psicoanálisis* (1952). Londres: Hogarth Press.
- [9] CALLE M, MUÑOZ M. (2018). Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil. Instituto Psiquiátrico Montreal. El Plantío. Madrid, España.

CONCEPTUALIZACIONES DEL SUICIDIO, SEGÚN VARIOS AUTORES

ELOY MARGARITA AGUILAR

Lic. En Enfermería y Obstetricia. Maestra en Administración de Organizaciones de Salud. Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica por el CiES. Doctorante en Investigación Psicoanalítica en el CiES. Integrante del Comité de Ética en Investigación de Health Pharma Professional Research S.A de C.V.

Recepción: 30 noviembre 2024/ Aceptación:21 diciembre 2024

RESUMEN

El suicidio ocupa el 4º. Lugar como causa de mortalidad a nivel mundial, en el mundo ocurren 700000 casos. En México durante 2022 la tasa en hombres fue de 9.9 y en mujeres 2.1 por 100,000 habitantes, la edad general es de 20 a 34 años, en niños de 10 a 14 años la tasa es de 2.1 y de 15 a 19 años es de 7.7 x 100000 habitantes. **Objetivo:** Dar a conocer las diferentes conceptualizaciones sobre suicidios, con base en diferentes autores. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en artículos publicados para identificar qué conceptos emiten los autores en relación con el suicidio. Se identifica que, cada quien tiene un concepto sobre el suicidio basado en su experiencia con los pacientes. **Conclusión:** identifican el suicidio con factores asociados como medio ambiente en que se desenvuelven, reacción ante dolor psicológico, alteraciones serotoninérgicas, variación circádica, alcoholismo, alteración del ego, dependencia, egoísmo, autoestima baja, sentimientos de inferioridad, melancolía, sentimientos de destrucción, deseo de matar y ser matado, supresión del yo y el objeto amado y odiado, lectura de un vacío en el interior al cual responde el sujeto.

PALABRAS CLAVE: conflicto ego, mortalidad, suicidio.

SUMMARY

Suicide ranks 4th. Place as a cause of mortality worldwide, 700,000 cases occur in the world. In Mexico during 2022 the rate in men was 9.9 and in women 2.1 per 100,000 inhabitants, the general age is 20 to 34 years, in children from 10 to 14 years the rate is 2.1 and from 15 to 19 years it is 7.7 x 100,000 inhabitants. Objective: To make known the dif-

ferent conceptualizations of suicide, based on different authors. Method: A bibliographic review was carried out on published articles to identify what concepts the authors express in relation to suicide. It is identified that everyone has a concept about suicide based on their experience with patients. Conclusion: they identify suicide with associated factors such as the environment in which they operate, reaction to psychological pain, serotonergic alterations, circadic variation, alcoholism, ego alteration, dependence, selfishness, low self-esteem, feelings of inferiority, melancholy, feelings of destruction, desire to kill and be killed, suppression of the self and the loved and hated object, reading of a void inside to which the subject responds.

KEY WORDS: ego conflict, mortality, suicide.

RÉSUMÉ

Le suicide arrive au 4ème rang. Place comme cause de mortalité dans le monde, 700 000 cas surviennent dans le monde. Au Mexique en 2022, le taux chez les hommes était de 9,9 et chez les femmes de 2,1 pour 100 000 habitants, l'âge général est de 20 à 34 ans, chez les enfants de 10 à 14 ans le taux est de 2,1 et de 15 à 19 ans il est de 7,7 x 100 000 habitants. . Objectif : Faire connaître les différentes conceptualisations du suicide, basées sur différents auteurs. Méthode : Une revue bibliographique a été réalisée sur les articles publiés afin d'identifier les concepts exprimés par les auteurs en relation avec le suicide. Il est établi que chacun a une conception du suicide basée sur son expérience avec les patients. Conclusion : ils identifient le suicide avec des facteurs associés tels que l'environnement dans lequel ils évoluent, la réaction à la douleur psychologique, les altérations sérotoninergiques, les variations circadiques, l'alcoolisme, l'altération du moi, la dépendance, l'égoïsme, la faible estime de soi, les sentiments d'infériorité, la mélancolie, les sentiments de destruction, désir de tuer et d'être tué, suppression de soi et de l'objet aimé et haï, lecture d'un vide à l'intérieur duquel le sujet répond.

MOTS CLÉS: conflit d'ego, mortalité, suicide.

DESARROLLO

El suicidio ocupa el 4º. Lugar como causa de mortalidad a nivel mundial, el en mundo ocurren 700000 casos. En México durante 2022 la tasa en hombres se presentó en 9.9 y en mujeres 2.1 por cada 100,000 hab.; la edad en general es de 20 a 34 años, en niños (as) de 10 a 14 años la tasa es de 2.1 y de 15 a 19 años es de 7.7 x 100.000. Durante

2019 a 2010 hubo un incremento de 5.71 a 6.27, época de la pandemia, sin embargo; no hay estudios que documenten que esa haya sido la causa.

En esa etapa se encontraron como factores de riesgo la violencia doméstica, el confinamiento, la incertidumbre por el futuro y tener medios disponibles para suicidarse por lo tanto pudieron influir para ese incremento de suicidios.

Se informa que, en el 2020 156 niños y 122 niñas entre 10 a 14 años de edad se suicidaron (278), el 14.5% del total de suicidios en el año; (92 fallecieron secundario a Coronavirus). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que en 2020 se rompió la cifra récord de suicidios en menores 17 años de edad que fue de 1150 casos [1].

Es muy necesario implementar medidas preventivas que favorezcan la reducción de casos de suicidio, trabajar sustancialmente en identificar los factores de riesgo e introducir métodos eficaces para brindar apoyo a quienes lo soliciten.

A continuación, describo las diversas conceptualizaciones por diversos autores, en relación con el suicidio [2] [3] 4].

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO SEGÚN DIVERSOS AUTORES

Emile Durkheim	Fundamento en la estructura social en la que los individuos se desenvuelven
Edwin S. Shneidman (Padre de la Suicidiología)	El suicidio es la resultante de los efectos de las dinámicas comunitarias tenían sobre la psique individual, explica el suicidio como una reacción ante un dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas insatisfechas.
Núñez Gómez y otros (2008)	Caracterizaron a las personas que intentaron suicidarse
Jaime Espinoza y Otros (2009)	Hacen énfasis en la asociación entre depresión y propensión al suicidio

<p>Miranda y Otros (2009)</p>	<p>Asocian factores psicológicos presentes en niños en relación con la ideación suicida, donde la depresión, autoestima baja y ansiedad, están presentes en niveles más altos en estos.</p>
<p>Ezzel (2003)</p>	<p>Revela que fallas en los mecanismos de la serotonina produciría individuos propensos a la depresión y, por lo tanto, al suicidio. Señala que “quienes recurrían a métodos más contundentes (...) tenían en su corteza prefrontal menos actividad basada en la serotonina)</p>
<p>Gutiérrez García y Contreras (2008^a)</p>	<p>Las alteraciones serotoninérgicas derivan en una reducción de los mecanismos neuronales de control de la agresividad lo que aumenta las probabilidades de presentación de un suicidio. Establecen que las concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados en el plasma de pacientes con trastornos del estado de ánimo, aumenta el riesgo de suicidio por el alto grado de agresividad que se despliega y que, en última instancia podría atribuirse a la explicación genética.</p>

Aguilar (2007)	Estudió la variación circádica y describió la presencia de niveles altos de colesterol y serotonina en víctimas suicidas que, contrariamente sugerirían una mejora – desde el punto de vista clínico- de la depresión en estos sujetos en el momento de concluir el suicidio, pero que, a su vez los dejaron expuestos al impulso suicida y que el causante de esta variación podría ser de origen genético.
Carmona y otros (2010)	Establece que el “suicidio es un acto construido en dinámicas sociales que favorecen la idea de darse muerte a sí mismos”
Magnusson y otros (2005)	Constató un riesgo de suicidio dos veces mayor en varones de baja estatura, en relación con los varones altos. (Suecia)
Estrada Arango y otros (2009)	Consideran que los hombres se suicidan más por la prevalencia del alcoholismo, y en las mujeres es más prevalente el intento “ya que en ellas predomina la depresión”
Otto Rank (1959)	El suicidio es el resultado de un conflicto dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir. Una forma que propone es la inhibición de la vida por parte del individuo neurótico, en tanto que se mata lentamente para evitar su muerte.
Adler	Sostiene que el suicidio es común en personalidades dependientes, egoístas, con autoestima baja y con sentimientos de inferioridad

Klein	Señala que la melancolía tiene que ver con la incapacidad del sujeto de manejar el dolor característico de la posición depresiva y de esa manera ser el suicidio una posibilidad para poner fin a aquella dolencia.
Melo -Vega de la Puente (2014)	Indica que la conducta suicida evidenciaría fantasías de destrucción de malos objetos introyectados y de aspectos no deseados del self. Además, se revelarían pocas introyecciones tranquilizadoras. Estas serían mas bien hostiles y pobremente integradas.
Jung	Considera el suicidio como la destrucción de la armonía entre lo consciente y lo inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos (según de Bedout Hoyos)

Rodriguez Pulido et al.,

Menciona que Jung plantea que, debe haber un contacto mínimo entre el ego y el self, para que la vida tenga sentido, aunque a veces tener un lado brillante y un lado oscuro en el self puede prevalecer el lado oscuro y la muerte es más deseable que la vida. El acto suicida ocurre cuando: prevalece una situación a la que solo podría poner fin la muerte, en el momento en que el ego se ve envuelto en el conflicto al alcanzar el resentimiento proporciones asesinas dirigidas a la persona responsable y cuando la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión.

En el suicidio, la muerte se concibe como la muerte del ego , que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto , con el significado de la vida.

Rodriguez Pulido et al (1990)

De la teoría de Menninger en el ("El hombre contra sí mismo" de 1938) se propone la conjunción de muchas circunstancias y factores para que se logre el acto suicida como la locura, enfermedad o ruina económica, plantea elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar (impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria se encadenan a una frustración originada por un ser querido hacia el que suelen existir vínculos de identidad), el deseo de ser matado (determinado por impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada , en la que intervienen sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo se produce cuando la conciencia actúa alejándolo de un estado melancólico o depresivo) y el deseo de morir (se enlaza con motivos sofisticados se traduce en ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos, hay conciencia de situación en consonancia lo inconsciente)

<p>De Bedout Hoyos (2008)</p>	<p>Se propone la tentativa de suicidio, no como una simulación, sino como una acción que puede coronar una crisis de manera significativa. El autor menciona que el suicidio puede ocurrir a partir de una “decepción amorosa y, en contra agresión retorna sobre el sujeto la agresión contra el padre o el objeto perdido”. Ello da cuenta de que la situación se ve acompañada por un desplome de la situación simbólica que el sujeto tiene con el otro.</p>
<p>Freud (1912/2013)</p>	<p>En una nota dice” Los impulsos al suicidio experimentados por nuestros neuróticos se demuestran siempre como un autocastigo por los deseos de muerte orientados hacia otras personas. Menciona que: “las tendencias de los melancólicos al suicidio, queda explicada, pues mediante él suprime el enfermo, simultáneamente su propio yo y el objeto a la vez amado y odiado “ (1917/2013)</p>

Lacan	Considera que la emergencia del sujeto está condicionada por la preexistencia del lenguaje, es decir, allí se define al sujeto como la consecuencia de la afectación del lenguaje sobre el viviente humano (Lacan 1987) De esta operación queda una pérdida, un vacío, un objeto perdido que constituirá para el sujeto su esencia y lo movilizará incesantemente para responder por ese vacío. Esta concepción de sujeto lleva a pensar que las manifestaciones subjetivas como la tentativa de suicidio y suicidio consumado, pueden estar sumidas en una lectura que incluye un vacío en su interior y un sujeto que responde allí.
-------	--

Elaborado por Aguilar Eloy

Fuente: Ramiro A. Arango Bermúdez-Ferreyra I.E. [2]; [3] y [4]

BIBLIOGRAFÍA

[1] INEGI. Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

[2] ARANGO BERMÚDEZ R.A.; MARTÍNEZ TORRES J.J.- Understanding Suicide From a Lacanian Perspective – Revista Colombiana de Ciencias Sociales 4 (1) , 60-82.

[3] Suicidio y Freud : Conceptualizaciones sobre el Suicidio en Ensayos Freudianos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Año 2017, Vol. 3 No. 2; 488-506.

[4] LACAN, J. Escritos 1. México: Suglo XXI, 1980.

