

Begoña Gomez Moly: Estimados compañeros/as:

En este momento crucial, nos estamos encontrando todos con algo desconocido que nos enfrenta al dolor, al temor y a lo real; afecta en particular, a nuestros niños y adolescentes. Por eso, es necesario por y para todos, nuestra colaboración y participación conjunta.

He hablado con algunas personas que me han comentado su forma de trabajo en las terapias que están haciendo a día de hoy con niños y adolescentes.

Las mayores dificultades surgen en niños de 0-3 años, de 3-6 años (periodo edípico) y de 7-10-12 años periodo de latencia.

- Con niños de 4 años en adelante: Parece que, en general, el uso de Skype para niños de 4 años en adelante está funcionando en los tratamientos. Hay que tener en cuenta varias cosas en este nuevo encuadre:
  - Los padres van a estar más presentes, y nuestra regla de preservar el secreto (de manera que ellos hablan en sesión libremente sin informar nosotros a los padres) va a estar más contaminada.
  - Además, puede haber una invasión del espacio privado del menor, por las condiciones de cada casa: el ordenador puede estar en un lugar común de la vivienda o en su habitación. Por eso creo necesario ofrecer también otra posibilidad: hablar **vía telefónica**.

- Si se escoge esta modalidad, (telefónica) y si hacen dibujos, principalmente acerca de cómo ellos están viviendo lo que sucede, pueden mandarnos las fotos de los dibujos vía WhatsApp y relatarnos por teléfono aquello que han dibujado.
- También está resultando bien, si han hecho un juego (con legos, playmobil, barro, etc.) mandar fotos y explicación por teléfono.
- Dentro de este encuadre, Skype, y dependiendo de las características de los niños, (cuestión que cada terapeuta conoce), hay que valorar el ofrecimiento de un cambio en la duración del tiempo de la sesión, un menor tiempo.
- Los **padres**, mucho más presentes y angustiados, van a tratar de hablar más con los terapeutas e incluso hablar de otros hijos y lo que les pueda estar sucediendo. Hay que tratar de apaciguar miedos y angustias por el bien general del ambiente familiar. Yo tengo esta experiencia y la comparto: Explico a los padres que, dada la situación actual, no puedo atender a todas sus llamadas y les ofrezco que me escriban vía email y yo me pongo en contacto con ellos en cuanto me sea posible. Tener un referente tranquiliza a los padres y al tiempo no invaden la hora del hijo/a que esté en tratamiento.
- En relación al grupo de **pacientes de 0-3 años**, comparto también la experiencia que estoy realizando. Primero hablo con los padres, les hago el planteamiento de que

van a llamarme, vía telefónica, a la hora de sesión de su hijo/a, las sesiones van a durar unos 15 minutos. Ellos van a ser los portavoces de lo que hace o dice su hijo/a (cosa que suele pasar también en lo presencial). Si el niño/a no quiere ponerse al teléfono, que no obliguen, que sean ellos los que me relaten lo que hace o dice. Me ha sucedido obtener como respuesta del niño la negativa: no quiere ponerse al teléfono, pero dura poco tiempo. Después de una o dos veces el niño/a acude a hablar.

Estos planteamientos están basados en el hecho de que lo que caracteriza el desvalimiento infantil no es la pérdida de la percepción del objeto sino la pérdida de su representación, el peligro de la no-representación (C. Botella). La envoltura sonora de la voz permite que se mantenga la continuidad de la representación. Esto incluye al grupo anterior, añadiendo la envoltura visual (Skype). Al tiempo, se sigue manteniendo el vínculo.

En general (si es que hay algo general) en estos momentos, deberíamos tener presente más allá de esta situación catastrófica que:

**Los pilares de los niños, esos padres omnipotentes (por ende, también el analista) que les van a salvar de todo lo malo, han desaparecido. Desconfían, el Otro les ha defraudado. Decepción ante la omnipotencia de su deseo y esto lleva al desvalimiento, a la desesperación y a la conciencia de su frágil existencia.**

Nos vamos a encontrar:

- Violencia engendrada por la desesperación. En un círculo vicioso, desesperación genera violencia, a más violencia más desesperación.
- Comportamientos regresivos físicos y psíquicos (en el mejor de los casos, niños que vuelven a buscar su objeto transicional)
- Van a aparecer defensas violentas contra las angustias depresivas.
- Valorar manifestaciones maníacas, su valor positivo al estilo de Winnicott o su valor patológico.

Es necesario:

- Apostar por encima de todo por el inconsciente. Pedir sueños, dibujos, juegos, es decir, apostar por el inconsciente como defensa ante lo real.
- Más que nunca, a nivel contratransferencial, tenemos que estar muy atentos a los fallos, “accidentes” de nuestro propio pensamiento, con cada paciente. Apuntarlos, pensarlos, porque va a ser un modo de que podamos unir, cuando todo esto acabe, el trauma a la neurosis infantil de cada paciente.
- No abandonar la posición analítica.