

# La familia con un hijo discapacitado: sus conflictos vinculares. Hacia un lineamiento en prevención en Salud Mental familiar

Lic. BLANCA NÚÑEZ<sup>“</sup>

## RESUMEN

*Introducción* La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizada a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico.

Cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos.

El objetivo de este trabajo es transmitir mi experiencia clínica de más de tres décadas con familias con un hijo discapacitado llegadas a la consulta. Presentaremos las situaciones de conflicto más frecuentes a nivel de los distintos subsistemas que integran la familia, derivadas de una resolución inadecuada de la crisis señalada.

A partir de esta presentación propondremos estrategias de intervención temprana siguiendo un lineamiento de prevención primaria en salud mental familiar.

*Material y métodos:* se trabajó con una muestra de alrededor de 600 familias con un hijo con discapacidad auditiva, motriz, mental, malformación craneofacial, otras discapacidades. Las edades oscilaban entre 0 hasta 20 años. Se utilizaron entrevistas diagnósticas y psicoterapéuticas con todo el grupo familiar y vinculares.

*Resultados:* la discapacidad del hijo produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes subsistemas familiares. Como consecuencia podrá darse un crecimiento y enriquecimiento vincular o, por el contrario, la presencia de conflictos vinculares de distinta gravedad.

*Conclusiones:* este tipo de familias son una población en riesgo que requiere la implementación de *estrategias de intervención en crisis* por parte del especialista en salud mental. Se requiere además que todos los profesionales intervinientes puedan sostener y acompañar a estas familias para lo cual es necesario que tengan una formación básica en la temática de familia.

*Palabras claves:* crisis, situaciones de conflicto vinculares, riesgo, intervención en crisis, promoción de salud mental familiar

## INTRODUCCION

La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizada a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico.

“La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”(K Slaikeu).

Caplan, uno de los pioneros en el campo de la psiquiatría preventiva, define la crisis como “un período relativamente corto de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias peligrosas; esas circunstancias constituyen para el sujeto un problema importante que no puede por el momento ni evitar ni resolver con los recursos acostumbrados”.

En cuanto a un análisis semántico de la palabra crisis el término chino de crisis (*weiji*) se compone de dos caracteres que significan *peligro* y *oportunidad* ocurriendo al mismo tiempo.

La palabra inglesa se basa en el griego *krinein* que significa *decidir*. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el cual habrá un cambio para mejorar o empeorar(Lidell y Scottt, 1968).

---

<sup>“</sup> Araoz 2754, 1<sup>a</sup> D (1185) Capital Federal Tel (011) 4862-5843;(011) 4831-5867 mail: jab@arnet.com.ar

Los distintos autores diferencian las crisis accidentales, de las crisis del desarrollo o crisis evolutivas.

Las crisis del desarrollo son aquellas relacionadas en el pasaje de una etapa de crecimiento a otra. Cada etapa evolutiva se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencias en su realización, es probable una crisis.

En cuanto a las crisis circunstanciales o accidentales se caracterizan porque tienen un carácter de urgente, imprevisto, inesperado: muerte de algún integrante de la familia, enfermedades, accidentes, etc.

La confirmación del diagnóstico de la discapacidad del hijo se encuadraría dentro de estas últimas.

Enfrentar esta crisis para la familia representa tanto la oportunidad de un desarrollo y crecimiento, como el peligro de un deterioro psicológico. En este sentido es un momento decisivo y crítico donde los riesgos son altos y donde el peligro para el surgimiento de trastornos psíquicos y la oportunidad de fortalecimiento coexisten.

Tomando palabras de Caplan podríamos decir que la familia se halla “es una estación de paso, en un sendero que se aleja o se dirige hacia el trastorno”.

¿Qué es lo que hace que una crisis desemboque en crecimiento para la familia, o por el contrario en problemas psicológicos? Un sinnúmero de factores actuando en complejas interacciones intervienen en ello: cuál es la historia de cada miembro de la familia y de cada familia; qué situaciones de duelo se han atravesado previamente, y cómo las han elaborado; cuáles son los sistemas de creencias traídos desde sus respectivas familias de origen de cada integrante de la pareja que operan como referentes identificatorios; cuáles son los conflictos previos de esta familia, cuál es la capacidad para enfrentar situaciones de cambio; ¿qué lugar tenía asignado el hijo en la estructura familiar?; ¿había un espacio asignado para él?; ¿cuál era el nivel de expectativas puesto en él?; ¿esta familia cuenta con sostenes externos?; ¿es una familia aislada?; ¿está atravesando otras situaciones de crisis en forma simultánea?, etc.

Cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos. Tanto la intensidad de la misma como la capacidad de superarla varían de una familia a otra.

Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras otras quedan detenidas en el camino.

El objetivo de este trabajo es transmitir mi experiencia clínica con familias con un hijo discapacitado llegadas a la consulta. Presentaremos las situaciones de conflicto más frecuentes a nivel de los distintos subsistemas que integran la familia, derivadas de una resolución inadecuada de la crisis señalada.

A partir de esta presentación propondremos estrategias de intervención tempranas con vistas a un lineamiento de prevención primaria en salud mental familiar.

## **POBLACION**

Se trabajó con una muestra de alrededor de 600 familias llegadas a la consulta que tenían un hijo con discapacidad auditiva, motriz, mental, malformación craneofacial, otras discapacidades. Las edades oscilaban entre 0 hasta 20 años.

## **MATERIAL Y METODOS**

Este trabajo está basado en la experiencia clínica continua llevada a cabo en las últimas tres décadas con este tipo de familias y transmite observaciones clínicas no sistemáticas extraídas de la misma.

*Los motivos más frecuentes de consulta* fueron los siguientes:

- a) Problemáticas del niño: dificultades de avance en el tratamiento específico o en la escolaridad; problemas de conducta (falta de límites, inquietud, falta de atención, conductas agresivas, conductas de aislamiento, falta de interés).
- b) Problemáticas del hermano: sintomatología psicósomática; retracción del medio; sobreadaptación; problemas escolares, conductas de agresión
- c) Dificultades de los padres: falta de colaboración familiar en los tratamientos específicos; exceso de involucramiento, sobreexigencia e hipercontrol (sobre todo de la madre) sobre el niño, los profesionales o la institución especializada.
- d) Otras familias que vienen en búsqueda de una orientación frente a la inseguridad, las dudas y la confusión que les significa la crianza de este hijo diferente

*La derivación a la consulta* fue realizada en la mayoría de los casos por la escuela, el centro especializado u otros profesionales no médicos integrantes del equipo tratante.

En menores casos el derivante es el médico (pediatra, neurólogo, fisiatra, etc). Otras veces la iniciativa de la consulta parte de la familia, en este caso no es en las primeras etapas de recibido el diagnóstico que es cuando la familia pone la mayor parte de sus energías en los tratamientos específicos.

*Los recursos utilizados para la obtención de los datos* fueron:

- a) entrevistas diagnósticas: 1) con todo el grupo familiar; 2) vinculares: madre-hijo, padre-hijo, hermanos, otros binomios (Ej. abuela-niño, cuidador-niño, etc)
- b) entrevistas psicoterapéuticas: 1) con todo el grupo familiar; 2) vinculares (madre-hijo, padre-hijo, hermanos, otros binomios)

*Los ámbitos en los que se desarrolló la experiencia* fueron los siguientes:

- a) Servicio de Psicopatología del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca
- b) Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
- c) Equipo de Malformaciones Craneofaciales, Dto de Pediatría Hospital Italiano
- d) Equipo Interdisciplinario para la atención del niño y joven con Síndrome de Down, Dto Pediatría Hospital Alemán
- e) Consultorio privado.

## **RESULTADOS**

La discapacidad del hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes subsistemas familiares. En función de cómo se elabore la misma podrá darse un crecimiento y enriquecimiento vincular o, por el contrario, ser promotor de diferentes conflictos vinculares en los subsistemas que integran la familia de distintos grados de gravedad. Estos conflictos pueden derivar en una consulta al psicólogo clínico.

## ***SITUACIONES DE CONFLICTOS VINCULARES MÁS FRECUENTES***

Describiremos a continuación distintas situaciones de conflicto registradas en la clínica psicológica que se juegan en los tres subsistemas familiares (según clasificación de S. Minuchin): a) *el conyugal* (interacciones entre los miembros de la pareja); b) *el parental* (interacciones entre padres e hijos); c) *el fraterno* (interacciones entre los hijos)

## **I) Situaciones de conflicto en el subsistema conyugal**

La discapacidad del hijo produce, generalmente, un gran impacto en el plano de la pareja conyugal.

Muchas parejas salen fortalecidas, el niño con discapacidad los une; para otras la situación es promotora de malestar y ruptura vincular.

Un factor de gran incidencia en ello es, la existencia o no, de conflictos previos a nivel de la pareja.

Los conflictos previos en este vínculo pueden traer mayores dificultades en la adaptación a la situación. Se pueden agravar esos conflictos o bien la situación sirve de telón o excusa que encubre esa relación afectada anteriormente. El niño con la discapacidad puede ser tomado como chivo expiatorio de las dificultades maritales.

Otras parejas con un funcionamiento previo sin conflictos pueden comenzar a mostrar signos de disfuncionalidad a partir del enfrentamiento a la situación de la discapacidad y a una inadecuada elaboración de la misma.

Generalmente la pareja no llega a la consulta con una demanda de atención para ella sino por alguna conducta que les preocupa del hijo con discapacidad, o de alguno de los otros hijo.

El registro de las situaciones de disfuncionalidad más frecuentes en la vincularidad conyugal da cuenta de:

-un *predominio de la vincularidad parental sobre la conyugal*. El espacio de la pareja conyugal aparece reducido en función del predominio de las funciones parentales. El daño del hijo se asocia a temores y fantasías de los padres en torno al sexo y más aún, cuando es el primero. El hombre vive un cuestionamiento a su virilidad. La mujer siente, que la discapacidad es una prueba de que “tiene algo malo dentro”, que “no está completa”....Tales sentimientos, afecten las relaciones sexuales de la pareja.

-*División rígida de roles entre los miembros de la pareja* siguiendo un modelo tradicional:

a) la madre dedicada a la crianza de los hijos; b) el padre único sostén económico

a) la madre suele establecer un vínculo simbiótico con ese hijo que es criado por la ley materna. Es proveedora de “amor sublime” reactivo a sentimientos de indiferencia, hostilidad, rechazo e ideas de muerte, que suelen permanecer inconscientes. En forma reactiva se muestra como una proveedora inagotable de gratificación de ese hijo.

Queda aferrada a una ideología del sacrificio, prioriza la postergación sacrificada de ella como mujer, esposa, madre de los otros hijos...

Se cumple o no se cumple con el ideal del sacrificio: es una situación llena de ambivalencia para la madre.

Fuertes mandatos sociales contribuyen a esta renuncia materna.

Los profesionales también alientan el sacrificio materno haciendo una delegación en ella de la mayoría de los requerimientos que la rehabilitación

impone. La madre puede quedar atrapada en la función de reeducadora del hijo. ¿A esto queda reducida su función materna?

b) la ley del padre suele estar ausente. La marca orgánica parece trabar el ejercicio de la función paterna de interdicción o corte del vínculo madre-hijo. Esto puede ser consecuencia de una madre que no posibilitó la entrada del padre, que obturó ese lugar.

El padre puede sentir al hijo como una herida en su virilidad en la medida que la descendencia, que es la portadora del apellido del padre, ha quedado como algo trunco, más cuando se trata del primer hijo varón. Esta descendencia suele ser significada como una falla en la línea generacional.

En una división rígida de roles sexuales, queda haciéndose cargo de aporte exclusivo del mantenimiento económico de la familia, poniendo la mayor parte de las energías en el exterior.

Muchas veces el padre recurre a la racionalización e intelectualización del problema. Puede dedicar mucho tiempo a estudiar e investigar sobre la temática de la discapacidad.

*-alto nivel de recriminaciones, reproches* (manifiestos o encubiertos) y proyecciones sobre el otro, de sentimientos propios de culpabilidad y fracaso. Es “el otro” de la pareja quien fracasó, el/la culpable.

*-intensos sentimientos de agobio y sobreexigencia* ante las demandas de este hijo. Siempre la crianza de un hijo sano demanda ciertos sacrificios transitorios al plano de la pareja, pero la paternidad de un niño con discapacidad, se acompaña de demandas de postergación que se prolongarán en el tiempo. Muchas veces hay vivencias de soledad y no reconocimiento, por el otro, en aquello que cada miembro de la pareja está haciendo.

*-incomunicación y distancia* entre los miembros de la pareja. Suelen tener como motivo principal de comunicación entre ellos, la alternativas diarias de su hijo discapacitado.

*-aislamiento en relación al afuera.* Hay renuncia a relaciones sociales que la pareja tenía anteriormente.

## ***II) Situaciones de conflicto en el subsistema parental***

El vínculo entre los padres y el hijo especial, queda inundado por un sinnúmero de *sentimientos encontrados*, contradictorios y muy intensos desde el primer momento en que se descubre la discapacidad: desconcierto, inseguridad, desilusión, dolor, culpa, miedo, rechazo, rabia, etc.

Estos sentimientos negativos pueden combinarse con otros positivos, anudándose en complejas interacciones: sentimientos de ternura, de amor y hasta de orgullo hacia ese hijo; deseos de reparación y ansias de poner muchos esfuerzos para sacarlo adelante, dándole las mayores posibilidades; sentimientos de alegría y goce ante los logros obtenidos, por pequeños que sean; el sentirse enfrentando un desafío permanente que es disparador de

montones de fuerzas internas; el sentir un permanente desarrollo y crecimiento personal al ir superando las diferentes dificultades y obstáculos, etc.

El reconocimiento de estos sentimientos ambivalentes, el expresarlos, sin negarlos ni disfrazarlos, es parte de este camino de adaptación y crecimiento. Surgen los conflictos cuando alguno de estos sentimientos predomina en forma intensa en esta relación vincular produciendo malestar.

A la consulta clínica llegan distintas situaciones disfuncionales en este subsistema familiar, ellas son:

*-Vínculo padres-hijo con predominio de sentimientos de culpa. Vínculo acreedor-deudor con un deuda insalvable*

a) Padres deudores-hijo acreedor “Como al niño le falta algo, hay que darle eso que no tiene”. Los padres aparecen dominados por la culpa al no disponer de una solución que arregle enteramente el daño. Quedan ocupando el lugar de deudores frente a un niño acreedor, al que hay que pagarle. Se presentan como excesivamente disponibles, eternos dadores, con una abundancia inagotable. Se esfuerzan por rellenar toda falta; nada parece alcanzar

El niño se puede transformar en un acreedor de por vida, en un insatisfecho permanente manteniendo una dependencia exigente hacia sus padres

b) Hijo deudor-padres acreedores

El lugar de deudor también lo puede ocupar el niño, simultánea o alternativamente.

El niño suele sentir que ha defraudado a sus padres, a los que vive como insatisfechos y desilusionados con él en la medida que está lejos de ser el deseado a causa de su discapacidad. Se siente culpable por ello.

Esto se vincula con una actitud consciente o inconsciente de los padres de cargarlo con la culpa de su fracaso.

Estos reclaman que sea lo que no es y lo que nunca podrá ser: un niño sin ningún tipo de limitación.

Los padres se relacionan con su hijo de modo exigente y controlador, en cuanto a rendimiento y eficacia.

*-Vínculo paterno-filial con una ausencia de demandas.* Es el resultado de un duelo melancólico. De este hijo ya no se espera nada, nada le es pedido. Es un vínculo parental en el que predomina la desilusión, la impotencia, la desesperanza, se bajan los brazos. El rótulo de la discapacidad funciona como una “sentencia de futuro cerrado”.

*-Vínculo padres-hijo con negación e idealización del daño.* La discapacidad del hijo aparece revestida de cualidades divinas otorgando a los padres la condición de ser “los elegidos de Dios” por tener un hijo especial. El hijo es vivido como “un regalo del cielo”, casi como un milagro. Se hace una hipervaloración del daño que se transforma en un don divino y sello distintivo.

*-Vínculo padres-hijo en el que se anulan las diferencias.* Sobre la base de la identificación con el hijo con discapacidad, entonces ambos miembros de la pareja o uno de ellos se discapacitan, no desarrollan potencialidades que marcarían las diferencias en relación al discapacitado. Son proclives al fracaso de iniciativas y emprendimientos que implican el crecimiento y desarrollo personal.

-*Vínculo padres-hijo en el que se remarcan las diferencias. Escisión: sanos-enfermo.* Se coloca al discapacitado, y sólo a él, en el lugar del fracaso y el depositario de todas las discapacidades y las limitaciones del resto de los miembros de la familia. Es el soporte de la familia. Los demás quedan libres de las limitaciones propias, marcándose de este modo fuertemente las diferencias dentro del núcleo familiar.

-*Vínculo padres hijo oscilante entre la permisividad y el descontrol violento.* Son frecuentes las dificultades paternas para asumir la disciplina y la puesta de límites.

El niño suele funcionar como alguien despótico que se maneja mediante el principio de placer en una búsqueda de satisfacción permanente e inmediata de sus deseos. Estos mismos padres muestran alternativamente abruptas reacciones violentas generadoras de culpa.

### ***III) Situaciones de conflicto en el subsistema fraterno***

Nuestra práctica clínica nos muestra que en este vínculo están intensificados los sentimientos normales presentes en todo vínculo fraterno. Se mueven intensos *sentimientos encontrados* y contradictorios. *Es normal que así sea. Surgen conflictos cuando algunos de estos sentimiento predominan en forma intensa produciendo un malestar vincular.*

-*Vínculo con predominio de intensos sentimientos de culpa* en el hermano por vivirse como el hijo “privilegiado”, “el elegido”, poseedor de habilidades o de la salud que se le restó a su hermano.

A nivel de fantasía el hermano discapacitado queda ocupando un lugar de víctima despojado de las capacidades que él posee.

En este caso siente que el discapacitado está frente a él resentido y reprochándole e, incluso, con deseos de venganza.

La culpa también surge ante situaciones de logros propios, mientras que el hermano queda rezagado.

Estos sentimientos de culpa y la necesidad de castigo, explican conductas reiteradas de fracaso con las que llegan a la consulta, dificultades para la obtención de logros y éxitos o para disfrutar de los mismos.

El hermano con el daño es sentido también como el hijo preferido frente a los padres, que le dedican atenciones y cuidados especiales y le ofrecen más posesiones materiales. En este caso el hermano suele sentirse “No querido por los padres”. El hermano sin discapacidad es ahora el hijo desposeído frente a su hermano usurpador y ladrón. Aquí surgen :

-*Vínculo con predominio de intensos sentimientos de ira, rivalidad, celos, envidia* ante las mayores atenciones, privilegios, cuidados y provisiones materiales para el hermano.

A su vez, estos sentimientos hostiles hacia el hermano aumentan la culpa que empuja a buscar en forma compulsiva a demostrar actitudes contrarias, por ejemplo, cordialidad, bondad excesiva o ayuda hipersolícita hacia él.

-*Vínculo fraterno con sentimiento de frustración, aislamiento y soledad* a consecuencia de todas las limitaciones que se encuentran en la relación con este hermano con quien, muchas veces, no puede compartir travesuras, aventuras, alianzas, pensamientos, preocupaciones, sueños, proyectos, deseos, etc. Estos sentimientos se acentúan cuando no hay otros

hermanos. Estos sentimientos surgen también en la relación con los padres que se hallan absorbidos y abrumados por la atención al hijo con discapacidad.

*-Vínculo fraterno en el que predomina un exceso de responsabilidades* ante el discapacitado, asumiendo funciones paternas. Pueden darse situaciones extremas en las cuales el hermano queda indiscriminado, fusionado con el discapacitado, pudiendo hacer una renuncia a la propia vida.

Las preocupaciones y exceso de responsabilidades también están presentes en la relación a los padres sentidos como vulnerables y heridos en su narcisismo. El hermano queda expuesto a cargar con el peso de sostener de estos padres. Se siente impulsado a cumplir con la misión heroica de compensarlos de la herida y el dolor, mediante logros y satisfacciones permanentes. Busca compulsivamente: ser maduro, competente, brillante, inteligente.

*-Vínculo dominado por vergüenza y temor a la mirada de los otros y el rechazo* del medio hacia su hermano o hacia sí mismo o hacia la familia. Los sentimientos de vergüenza se suelen acompañar de culpa.

*-Vínculo con intensa preocupaciones en torno al futuro.* Es más común hallarlo en los hermanos mayores, muy intensos a partir de la adolescencia.

## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES**

Como ya señalamos en la introducción, las familias que tienen un hijo con discapacidad constituyen una población en riesgo lo que no significa afirmar que necesariamente presentarán trastornos psíquicos, sino que existe probabilidad de que éstos puedan aparecer. Los conflictos no surgen a nivel familiar a consecuencia directa de la discapacidad, sino en función de las posibilidades o no de la familia de implementar estrategias para adaptarse a esta situación.

El hecho de que se trate de una familia en riesgo requiere que se implementen estrategias de *intervención tempranas*.

Las familias con mayor necesidad de intervenciones apoyo y sostén son las más vulnerables, es decir, aquellas que no pueden encontrar los recursos, no pueden implementar nuevas fuentes de energías propias o de su medio frente a las exigencias que demanda la situación. Otras familias, en cambio, comienzan a movilizar sus propios recursos o a solicitar ayuda de otros, son las menos vulnerables.

Los recursos son las estrategias implementadas por la familia ante el impacto de la situación.

### **Las intervenciones en crisis por parte del especialista en salud mental como lineamientos de prevención**

Nuestra práctica clínica con este tipo de familias nos ha llevado a corroborar la importancia de implementar *estrategias de intervención en crisis* con el objetivo de prevenir los efectos perjudiciales de la misma sobre la familia.

Las llamadas intervenciones en crisis tienen algunas características distintas de otras intervenciones psicoterapéuticas. Son, en general, intervenciones cortas, con un objetivo

principal que es ayudar a que las personas implicadas, en este caso los miembros de la familia, logren la acomodación a esta realidad sobre la base de la aceptación de la situación que les tocó vivir

Las *intervenciones en crisis* son entendidas como experiencias facilitantes que incluyen ofrecimiento de ayuda a fin de:

- reflexionar sobre el suceso y su significado para todas las personas implicadas,
- definir el problema
- conversar y comprender los factores reales de la crisis
- expresar los sentimientos
- tomar decisiones o hallar soluciones a problemas nuevos
- realizar adaptaciones interpersonales y buscar conductas apropiadas a la situación
- identificar y enfrentar conflictos subyacentes reactivados por la crisis
- movilizar recursos individuales internos hacia la solución de la crisis
- movilizar recursos externos (familia extensa, amigos, vecinos, otros padres con hijos en la misma situación, etc).
- incorporarse a grupos de autoayuda, asociaciones de padres, etc.

¿Cuándo instrumentar estas intervenciones por parte del especialista en salud mental??

Tempranamente

- desde el mismo momento en que la familia está realizando los estudios para arribar al diagnóstico;
- una vez completados los mismos, que es el momento específico de la confirmación diagnóstica del déficit con el impacto emocional consecuente
- en los momentos inmediatamente posteriores que siguen a la información. Muchas veces los profesionales movidos por la premura del inicio de la tarea de rehabilitación nos olvidamos que hay una familia que está enfrentando un duelo que requiere ser expresado, que se le posibilite seguir su curso. Esta familia requiere en ese momento una actitud de respeto de todos nosotros en cuanto a su modalidad y tiempo particular para la elaboración de ese duelo. Acelerar ese tiempo por nuestras exigencias, puede llevar a una reorganización precoz que se hace sobre la base de una negación de lo que está sucediendo, en el plano emocional más que sobre una elaboración. Podemos contribuir a una elaboración patológica de la situación.

Otros momentos que requieren de intervención por parte del especialista en salud mental: los pasajes de una etapa del ciclo vital a otro:

a) los 4 o 5 años del hijo, etapa en la cual los niños suelen descubrir las diferencias con otros niños. Los padres necesitan comprender lo que le está sucediendo al hijo de modo de poderlo acompañar en ese momento evolutivo;

b) el momento de la elección de la escuela, en el cual la familia debe hacer, entre otras cosas, una elección entre una escuela especial o una escolaridad común;

c) la adolescencia como un período en que se reactualiza la temática de la discapacidad, período en que se reabre en todos viejas heridas como consecuencia de las inquietudes del adolescente que comienza a cuestionarse su condición de discapacitado ¿por qué soy así?, ¿por qué soy diferente?, ¿nací así?, ¿me enfermé? Planteos como estos resurgen

nuevamente en el seno de la familia dando una nueva oportunidad a padres e hijos para que se resignifique esa herida compartida.

### **Todos los profesionales son agentes de salud mental familiar**

Si bien nos hemos limitado a señalar las modalidades de intervención temprana del especialista en salud mental, pensamos que estas familias requieren de la disponibilidad emocional de todos los profesionales intervinientes en su atención (pediatra, médico especialista, fonodólogo, estimulador temprano, kinesiólogo, docente, etc) a fin de apoyarla y sostenerla.

Para ello es necesario que todos tengan una formación básica sobre la temática de familia: las funciones de la familia en el desarrollo de todo niño; ciclo vital familiar; qué es una crisis; cuáles son las etapas de elaboración de la misma; las tareas psicológicas implicadas regularmente en la elaboración de las crisis, las respuestas adaptativas en el procesamiento de la misma y los signos tempranos de disfuncionalidad; etc

Sostener a esta familia es una tarea de todos, no solamente del especialista en salud mental. Sostener a la familia es el recurso necesario para que a su vez pueda ella a su vez apoyar y sostener el desarrollo emocional y psíquico del hijo. Sostener a quienes sostienen, lo que podemos encuadrar en un lineamiento de prevención primaria en salud mental familiar.

### **Bibliografía**

- CAPLAN, G.: "Principios de psiquiatría preventiva". Paidós, Bs As, 1980
- COROMINAS, R.: "El minusválido físico y su entorno" Paidós, Barcelona, 1995
- FREIXA NIELLA, MONTSE: "*Familia y deficiencia mental*". Amarú Ediciones, Salamanca, 2000
- GÓNGORA, J.: "*Familias con personas discapacitadas: características y formas de intervención*". Colección documentos de acción social, serie personas con discapacidad. Junta de Castilla y León, España. 1998
- GÓNGORA, J.: "*Familia y discapacidad. Manual de intervención psicosocial*". Colección documentos de acción social, serie personas con discapacidad. Junta de Castilla y León, España. 1999
- KANCYPER, L.: "Remordimiento y Resentimiento en el complejo fraterno", "*Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico*" Paidós, Bs As, 1992
- KANCYPER, L.: "La confrontación fraterna", "*La confrontación generacional. Estudio psicoanalítico*", Paidós, Bs As, 1997
- Laurent Assoun, P.: "*Lecciones psicoanalíticas sobre hermanos y hermanas*" Nueva Visión, Bs As, 1998
- MEYER, D.; VADASY, P.: "*Sibshops Workshops for siblings of children with special needs*". Paul Brooks Publishing, Baltimore, 1994
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.: "*Técnicas en Terapia Familiar*", Paidós, Bs As, 1984
- NUÑEZ, B.: "*El niño sordo y su familia*", Ed. Troquel, Bs As, 1991
- NUÑEZ, B.: Colección de Cuadernillos y videos Temas de Discapacidad y Familia Editorial Cendif, 1998
- NUÑEZ, B.: "*El niño discapacitado, su familia y su docente*", Geema, Grupo Editor Multimedial, Bs As, 1998
- PEREZ, A.: "*Psicoanálisis. Pediatría, Familia y Derecho*", Mundo Externo, 2001
- POWELL, T., AHERENHOLD OGLE, P.: "*El niño especial. El papel de los hermanos en su educación*" Grupo Editorial Norma, Colombia

SLAIKEU, K.: "*Crisis Intervention*". Edition Allys and Bacon, Massachusetts, 1984