

EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN HOSPITALES DE DÍA*

Margarita Alcamí Pertejo**

Resumen: Los Hospitales de Día Psiquiátricos son una forma de tratamiento institucional a tiempo parcial diseñadas para pacientes que requieren un tratamiento intensivo e integral. Vamos a describir un hospital de día para niños menores de 6 años. El objetivo del tratamiento es permitir una experiencia emocional correctora: crear una relación de apego que favorezca el desarrollo de una estructura psicológica que permita la adecuada resolución del proceso de separación-individuación. Intentaremos transmitir una experiencia: la realización de actividades terapéuticas con los niños en un horario de mañana y la participación de los padres en una terapia grupal semanal.

Palabras claves: Hospital de día psiquiátrico, niños, autismo y psicosis.

Abstract: PSYCHOSIS TREATMENT IN DAY HOSPITALS.

Day psychiatric hospitals are partial time institutional treatments designed for patients who require intensive and comprehensive treatment. We are going to describe a children day hospital for children under 6 years. The objective of treatment is to allow an emotional corrective experience: to create an attachment relation that facilitates the development of psychological structure for the resolution of the separation-individuation process. We will try to tell an experience: therapeutic activities with children during morning hours and weekly parents' group therapy.

Keywords: psychiatric day hospital, children, autism and psychosis.

* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de Sepypna que, bajo el título "Psicosis infantil: una visión actual", se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre de 2005.

** Hospital de Día Infantil. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Infantil Niño-Jesús. Madrid Dirección: Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid. E-mail: malcami.hnjs@salud.madrid.org. Teléfono 91 503 59 00 ext. 351.

INTRODUCCIÓN:

La realización de este trabajo surgió de la propuesta de participar como ponente en el XIII Congreso Nacional de SEYPNA. El tema del congreso: “Psicosis Infantil” y el enfoque: “Una mirada actual” resultaron ser tan atractivos como difíciles. Mi mirada debía centrarse en el abordaje de la psicosis infantil en el recurso terapéutico de Hospital de Día. La tarea sin embargo era, y es, difícil ¿por qué? Porque difícil es hablar del tratamiento de la psicosis como difícil es explicar el porque y el cómo una relación vincular puede ayudar a que las capacidades innatas del niño se potencien para permitir un encuentro con el mundo que resulte amable y estimulante. La primera relación vincular debe dar contención a las angustias básicas propiciando así el adecuado desarrollo de las capacidades yoicas. Igualmente el tratamiento de la psicosis debe facilitar la diferenciación, la separación, la individuación y la estructuración yoica, permitiendo el acceso al mundo simbólico.

El tema en sí además es difícil porque la mirada del marco psiquiátrico actual parece haber negado la existencia de la Psicosis Infantil; ¿Cómo pretendemos entonces hablar de su tratamiento?

M. Mahler (1965) planteaba en relación a los diagnósticos algo que sigue siendo real en nuestros días, decía que cuando a principios de la década de 1940 el concepto de Kanner de “autismo infantil precoz” hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en niños pequeños resultara algo más aceptable, existiendo una diferenciación con los trastornos del adulto, “esa aceptación de un “autismo infantil precoz” tuvo la perdurable consecuencia de que cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad era automáticamente designado como “autismo””.

Nuestra posición teórica (Peral, 1986) nos hace entender que la retracción autista surge como una forma de defensa

ante un mundo que se vive como hostil, difícil de comprender. A esa situación se puede llegar por varios caminos: desde impedimentos del niño en lo relativo a su desarrollo (perceptual, motriz, cognitivo...) que le dificultan su interacción; desde una incapacidad innata para el establecimiento del contacto afectivo, como planteaba Kanner (1943) ; desde una falta de respuesta del entorno que determinan al niño a replegarse al encontrarse solo frente al mundo (en el trastorno de la organización del vínculo); desde un trastorno afectivo que lleva al niño a desinvertir el mundo cuando ya había iniciado un encuentro con él (en la depresión psicótica). El hecho de que diferentes caminos lleven al mismo trastorno ¿no debiera hacernos plantear la duda de que dentro del Autismo englobamos a diferentes trastornos psicóticos?

A su vez, no todos los trastornos psicóticos infantiles quedan abarcados bajo la sombra de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSM IV). Hay niños que tienen capacidad de interacción y comunicación por lo que clínicamente su sintomatología suele ser interpretada como neurótica. Sin embargo, caminan por las sendas de la psicosis y, de no abordarse terapéuticamente, evolucionarán a descompensaciones graves durante etapas claves del desarrollo.

Muchos de estos niños se caracterizan por su comportamiento motor de impulsividad, inquietud... Muchos de estos niños son frecuentemente diagnosticados como Trastornos por Déficit de Atención, trastorno que no da cuenta del mundo de aislamiento en el que habitualmente viven, ni de la desorganización de su pensamiento, ni de la utilización que hacen del mundo de la fantasía.

Más desapercibidos pasan aún aquellos niños inhibidos, cuya ansiedad es poco movilizable y parecen cerrados a la actividad cognitiva que pretende el aprendizaje. Las pautas de interacción existen en ellos, pero no son saludables.

Intentaré a través de esta presentación transmitir una experiencia. No pretendo realmente explicar el tratamiento de la psicosis, sino mostraros el camino por el que nuestros pacien-

tes, niños psicóticos, nos han hecho acompañarles estos años. Sirva esta ponencia para todos, y en especial para nosotros, el equipo del Hospital de Día, como una reflexión.

La lectura de numerosos autores ha dado respuesta a muchos de nuestros interrogantes. De algunos sus planteamientos han sido tan imprescindibles para caminar que ya no sabemos diferenciar qué paso nos hizo dar cada uno. Las disculpas a todos aquellos, cuyas ideas, pensamientos, planteamientos iremos mencionando... sin referirles como autores.

Dividiré la exposición en varios puntos:

1. Definir lo que es el **Hospital de Día** y describir las características institucionales del nuestro.
2. Hablar de **“Un día en el Hospital de Día”** en el que intentaré mostrar cómo transcurre una jornada e iré intercalando algunos de nuestros planteamientos teóricos que dan forma a nuestros objetivos.
3. Imprescindible es hablar del **abordaje específico con los padres**
4. Y, por último, dejar abierta la puerta sobre ciertas **reflexiones** en torno a la patología psicótica de la primera infancia y los abordajes terapéuticos.

1. EL RECURSO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE DÍA

Por definición un Hospital de Día Psiquiátrico es una forma de tratamiento institucional a tiempo parcial que durante varias horas al día ofrece técnicas terapéuticas integrales, permitiendo el mantenimiento del paciente en su medio habitual de convivencia. Este tipo de tratamientos ambulatorios son diseñados para pacientes que tienen trastornos mentales severos que requieren un abordaje intensivo, integral y multidisciplinar.

Entendemos que la especificidad de cada Hospital de Día será el modo particular en que su equipo crea, articula sus elementos terapéuticos y cómo los ofrece a sus pacientes y familias.

Si el objetivo del Hospital de Día es permitir una experiencia emocional correctora, en el que vamos a describir, por la edad y patología de nuestros pacientes, ello va a implicar la creación de una relación vincular (en aquellos casos en que el niño está inmerso en la retracción autista), o la modificación de los patrones relacionales previos. Descubrirán así que hay otra forma de relación: una relación que permite la separación y la individuación; una relación que conduce al surgimiento del mundo simbólico.

Quisiera ubicar, espacial y temporalmente, la Unidad a la que nos vamos a ir asomando a lo largo de la exposición. El Hospital de Día Psiquiátrico Infantil del Hospital del Niño Jesús de Madrid se ubica en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Pediátrico Público.

Nuestro Hospital de Día fue creado en el año 1991. En relación a las edades de tratamiento (menores de 6 años), el enfoque teórico, el funcionamiento y la psiquiatra coordinadora (Dra. Marta Peral), fue una continuidad del Hospital de Día de Cruz Roja, también en Madrid, que había sido cerrado un tiempo antes. El Hospital de Día del Hospital del Niño Jesús partía pues, en el momento de su creación, con los 10 años de experiencia en el tratamiento de la patología psiquiátrica grave de su antecesor.

Fue creado como recurso específico de Salud Mental para el tratamiento de los Trastornos Emocionales Severos de la Primera Infancia. Estos trastornos se caracterizan porque su clínica sobrepasa con mucha frecuencia la capacidad de contención (terapéutica) de las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

Por su actividad no sólo terapéutica, sino diagnóstica el Hospital de Día se ha ido convirtiendo a lo largo de estos años en una Unidad de referencia para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos graves de la interacción, patología que es recogida desde las Clasificaciones Internacionales de enfermedad (CIE, DSM) bajo el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo.

En nuestro Hospital de Día contamos con 12-15 plazas para niños hasta 6 años. La jornada es de martes a viernes de 10 a 14.00 horas, incluyendo la comida. Se realiza un trabajo grupal, dividiendo a los niños en 3 grupos, grupos determinados por su nivel de desarrollo. Algunos niños reciben tratamiento individual de psicoterapia. Nos coordinamos con sus colegios e intentamos mantener parte del marco de escolarización previo. Inicialmente, sin embargo reclamamos que acudan a tiempo completo a nuestra Unidad, restringiéndose la asistencia a sus centros escolares a los lunes y las tardes.

El trabajo directo es con los niños. El abordaje de los padres está centrado entorno al encuadre grupal que se realiza con ellos durante hora y media un día en semana. Es imprescindible que los padres se comprometan a acudir al tratamiento grupal para que aceptemos al niño en tratamiento.

Misés (1992) comentaba que “si en los centros terapéuticos los autistas eran mezclados con sujetos que presentaban psicosis menos severas u otros estados patológicos, éstos en razón a su menor aislamiento, en razón a sus capacidades de expresión y simbolización, pueden ofrecer a los niños autistas posibilidades interesantes de comunicación en el interior de grupos pequeños de vida”.

En cuanto a los trastornos que presentan los niños que reciben tratamiento en nuestra Unidad la mayoría arrastran el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Sin embargo, al entrar en el Hospital de Día, se encontrarán en ese espacio con otros niños, también graves, pero cuyo mecanismo de funcionamiento central no son la retracción, el aislamiento, la falta de comunicación, los intereses estereotipados. En muchos de nuestros niños psicóticos no autistas el lenguaje tiene ese “estar pegado al propio objeto que representa”, impidiendo su dimensión simbólica, ésto crea un habla con una función comunicativa muy limitada y que habitualmente refleja una gran desorganización del pensamiento. Algunos de nuestros pacientes, los menos numerosos, pueden presentar tras-

tornos propiamente neuróticos pero el hecho de encontrarse en una situación de crisis, ha hecho imprescindible la iniciación de un abordaje terapéutico intensivo.

En todos nuestros pacientes, sea cual sea el diagnóstico que cumplen para las Clasificaciones Internacionales, es necesario crear y enfrentarles a patrones nuevos y diferentes de relación. Es preciso que entre el niño y el mundo exterior haya una zona intermedia, con todo el valor de un espacio transicional de Winnicott (1951): una zona de experiencia entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, zona a la que contribuyen la realidad interior y la vida exterior, zona de descanso, zona neutral de experiencia que no será atacada; zona de ilusión, en la que transitarán los objetos y fenómenos transicionales y que permitirá el surgimiento del juego y del lenguaje.

2. “UN DÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA”

Se acerca la hora de las 10 y la mayoría de los niños ha llegado a la puerta de la Unidad unos minutos antes. A los pocos días de incorporarse comprenden que la puerta está cerrada antes de esa hora y que son sus terapéutas las que la abren para que pasen.

En una gran sala de espera del hospital, mezclados entre niños muy variados, cada día diferentes, que acuden a revisión a distintas consultas irán aprendiendo: Jaime... a alejarse de su madre; Andrés... a frenar su inquietud y a esperar tranquilo; Juan... a reaccionar a algún ruido y parar su balanceo unos segundos...; todos... a buscarse un poco entre sí. Las madres, abuelas, abuelos, cuidadoras... algún padre, ese mundo de adultos, aprenden también a esperar y a hablar entre ellos: se cuentan cosas cotidianas, aunque habitualmente comparten la observación y vigilancia de sus hijos. Poco a poco son capaces de ver más en ellos; les miran de otra forma porque el comportamiento se ha convertido en una forma de lenguaje: observan cómo corren varios por la rampa; vigilan que Andrés no se

escape corriendo como ayer; se dicen que Pedro ya no contestó al señor sentado a su lado que su nombre era Hércules, el héroe; se fijan en que Carlos ya no llama continuamente al ascensor sino que está atento a Oliver y Pepe que intercambian sus coches; ... y sonríen cuando el abuelo de Julio ha sacado un cuento y todos los niños le han rodeado para escucharle cómo lo cuenta... todos menos Julio, que está en la esquina de siempre, mirando la máquina de bebidas y repitiendo sus palabras incomprensibles.

A la sala de la Unidad se accede por una escalera. Los más pequeños al principio pueden necesitar ser cogidos en brazos para hacer el recorrido, pero pronto aceptan subir de la mano; al salir parece más sencillo agarrarse a la barandilla como hacen los más mayores. La mamá de Jorge conseguirá siempre llegar ese minuto tarde que ella necesita para subir acalorada con él en brazos y dejarlo en la sala, para ella no hay espera... ni tiempo ni espacios entre ella y su hijo al que se aferra simbióticamente.

En ese primer momento de desorden hasta que todos se reúnen en la Unidad la sala se llena de ellos: Carmen, Pepe y Alfonso aprovechan a perseguirse riendo; Jorge sacará del estante el tren giratorio y lo golpeará una y otra vez; a Juan le bastan sus manos, se las mira y las mueve cerca de su mesa; Alicia se queda como petrificada frente a la percha con su foto, incapaz de colgar su abrigo; Jaime buscará un adulto para provocar su saludo... Hoy se incorpora un niño nuevo y la mayoría parará su actividad unos segundos para mirarle, está llorando pero deben entender que Mati, que le tiene abrazado está intentando tranquilizarle; saben que ella es muy firme cuando tienen que trabajar, pero también que consigue siempre que los nuevos dejen de llorar. Abajo, en la puerta, alguna madre se habrá acercado a la madre nueva a repetirle las palabras que ya escuchó de la terapeuta mientras le cogía el niño de sus brazos, “no te preocupes, va a estar bien” y añadirá “a mí al principio también me costaba, es difícil, pero luego lo entiendes”.

A diferencia de otros modelos de Hospital de Día en el nuestro la estructuración del tiempo no viene marcada por actividades con diferentes profesionales que asumen tareas propias de su formación (grupo de expresión corporal, grupo de habilidades sociales, asamblea, apoyo escolar...). La edad y el momento evolutivo de nuestros pacientes, que fracasaron en las primeras etapas de su desarrollo emocional, hacen necesario que experimenten una relación con características vinculadas. Necesitan que un miembro del equipo realice las funciones de contención, protección y maternaje. Que alguien asuma directamente las tareas de holding, handing y presentación del objeto de Winnicott.

Cada niño pues tiene un terapeuta de referencia, que compartirá con otros niños de su grupo. El terapeuta asume todas las actividades de cuidado (incluyendo alimentación, higiene...) además de la dirección del grupo en tareas pedagógicas y lúdicas. El pequeño tamaño de la Unidad favorece que los otros terapeutas se conviertan con facilidad en punto de referencia adulto para los niños.

En el Hospital de Día las jornadas transcurren con una dinámica muy similar de un día a otro. Trabajo en las mesas, juego en la terraza, trabajo en las mesas, comida, rato de juego, despedida.

La mayoría de los niños psicóticos se muestran demasiado asustados para mirar y ver, para oír y escuchar. Confrontados a una angustia desintegrativa o persecutoria, a una amenaza incontenible, rechazarán todo aquello que organiza de ordinario el movimiento de individuación y autonomía a través del cual el niño normal accede al dominio de su vida mental y delimita el espacio entre sí mismo y el otro. El autista busca ignorar el distanciamiento entre el entorno y sí mismo, desmantela las experiencias vividas, las reduce a series de percepciones sensoriales inconexas entre sí, se encierra en las estereotipias, en el manejo de objetos que no son concebidos como distintos, que representan prolongaciones de su propio cuerpo. Con

el fin de negar el cambio y la previa separación que comporta, el niño puede desarrollar una identificación adhesiva, fundamentada en la fusión con el objeto en donde el adentro y el afuera se juntan sin solución de continuidad,... mientras que todas las actividades tienden a la reproducción repetitiva de lo idéntico (Misés 1992).

En el Hospital de Día y en relación a los psicóticos de rasgos autistas intentaremos romper esa barrera. De alguna manera tenemos que forzarle a mirar y ver, luchar contra su oposicionismo para que al enfrentar la distancia entre sí mismo y el otro nos encuentre, junto a él, pero no fusionados a él como pretende. La angustia a compartir en ese momento es muy intensa y el terapeuta precisará del apoyo del equipo para poder tolerarla, para no dejarse invadir por las angustias y movimientos destructores que vehiculiza la psicosis, para no quedar paralizado por ella.

“Daniel tiene 2 años. La preocupación de sus padres empezó a los 18 meses en que desapareció el balbuceo previo que tenía y empezó a aislarse. No sabe jugar y apenas interactúa con su hermana de 4 años. No mira ni atiende a sus llamadas. Se entretiene con objetos que coloca a su alrededor y que roza continuamente con el dorso de la mano; está obsesionado con los juguetes que dan vueltas y le gusta girar cosas redondas. Tiene rabietas muy intensas y tolera muy mal cualquier cambio de rutina. Con la madre tiene un apego muy intenso la sigue continuamente y le reclama contacto físico, pero ella refiere que no le entiende y no puede comunicarse con él.

Al iniciar el tratamiento era muy difícil de manejar, lloraba constantemente, no con ello reclamando un intercambio afectivo, sino que se le permitiera su excitación motriz estereotipada, la cual acababa aumentando su nivel de angustia y dificultaba aún más que mostrara interés por su entorno.

Al poco tiempo realizó un vínculo claro de apego a su terapeuta, lloraba intensamente cuando ella no estaba cerca,

reclamaba continuamente su presencia, sin servirle los otros terapeutas como sustitutos.

Progresivamente se apreciaban cambios en su patrón de relación: era más fácil sacarle de sus conductas de aislamiento, empezaba a utilizar los objetos como se le proponía y disfrutaba de ello. El trabajo en el Hospital de Día fue especialmente difícil cuando empezó a abandonar sus conductas estereotipadas y autoestimulatorias. Su nivel de angustia era muy intenso. Ni los giros sobre sí mismo ni el de los objetos le servían ya para calmarse ... pero la atención que reclamaba del adulto era difícil de sostener y uno llegaba a sentir que la contención que le podía ofrecer nunca iba a ser suficiente para él.

En el entorno familiar paralelamente a lo que estaba ocurriendo en nuestra Unidad, Daniel se mostraba inconsolable. Numerosísimas cosas cotidianas le provocaban rabietas muy intensas y los padres no comprendían por qué surgían. Aunque su capacidad de intercambio con el mundo había aumentado claramente, la madre lloraba desesperada en el grupo de padres porque no podía manejarlo. La satisfacción que le podía producir descubrir las nuevas señales de interacción y relación con su hijo parecían desaparecer cuando tenía que enfrentar sus rabietas. Ella contaba cómo en esas circunstancias llegaba a incitar al niño a que utilizara de nuevo los objetos de forma estereotipada, le ponía el triciclo boca abajo y le giraba los pedales como tantas veces había hecho él anteriormente... pero él ya no mostraba interés por ello y todavía se enrabietaba más. Hubo que sostener mucho a la familia para que pudieran aceptar que estábamos en una etapa difícil pero que era imprescindible atravesarla para que se diera un cambio real en el niño”.

La cura no tiende sólo a modificar la sintomatología superficial; los efectos se valoran principalmente a partir de la aparición de nuevas formas de funcionamiento mental y de los intercambios con el otro, de la aparición de capacidades de contención y de representación, del dominio de la diferencia-

ción entre sí mismo y el otro, en un proceso en el que niño accede poco a poco a modalidades defensivas menos limitantes.

En la tarea diaria en el Hospital de Día utilizamos medios educativos para presentar el mundo al niño. No realizamos una propuesta curricular educativa como en la escuela. Empleamos el acercamiento al aprendizaje como un camino lúdico y formativo. El niño debe ser capaz de echar mano de sus representaciones mentales sensorio-motrices previas para enfrentarse más eficazmente a nuevas situaciones, inventará así nuevos métodos de actividad y resolverá meter una pieza en la caja, hacer una torre...; además el objeto tiene que permanecer más allá que como elemento que le permite ejecutar acciones y ello le llevará a buscarlo con entusiasmo. El desarrollo cognitivo y el desarrollo emocional caminan necesariamente de la mano. Así el conocimiento de colores, formas, el nombrar, la realización de encajes y collares se unirán a las canciones, los juegos... el reconocimiento de las partes del cuerpo, el ordenar temporalmente una historia.

En el grupo de pequeños se cantan muchas canciones y el contacto corporal está muy presente. Se aplaude y celebra que Juan fue capaz de poner la ficha azul con las otras azules... lloraba mientras lo hacía, probablemente porque esa acción exige que deje de balancearse en la silla, luego él también se aplaude y sonríe y mira a su terapeuta, con la cara tan llena de mocos uno no sabe si quiere seguir riendo o volver a llorar; a Jorge hay que quitarle la pieza que gira una y otra vez para que nos mire y ponga la ficha roja con las rojas, comprende y realiza rápidamente lo que se le propone, pero no parece importarle nuestra reacción; Ignacio esperaba con ansia su turno.

Que mire cuando se le llama, que se fije con interés en lo que el otro niño hace y aplauda con los terapeutas..., que sea capaz de designar por el gesto un objeto, son logros que indican que empieza a organizarse.

En el grupo mediano se ríen, han hecho una torre alta juntos y al son del 1, 2, 3 la han tirado y todos corren a coger del

suelo algún cubilete. En su mesa se conocen los colores, las formas; los animales se pueden nombrar, así como sus características: grande, pequeño; conocen los ruidos y sonidos y lo que representan: un timbre, una campana, un ladrido...; para qué sirven las cosas: la llave para abrir la puerta, la cuchara para comer... A Alicia le acaban de quitar los pañales y hay que salir corriendo con ella al baño cuando nerviosa dice pis. Todavía no saben dibujar, pero intentan poner ojos, y orejas y sonrisa al círculo que les dibujó Mati, alguno incluso piernas y brazos... Las palabras irán surgiendo poco a poco, con ese sentido real que abre a la vez lo representacional, arrastrando un mundo tras ellas. Jaime siempre ha hablado con ecolalias, con ese soniquete especial que acompaña a la palabra que en realidad no lo es. Sigue muy metido en su mundo pero ahora alguna palabra parece tener sentido cuando la utiliza; no dejará de sorprendernos, quiere continuar dibujando, se le pide una casa y hace una cama... se le pide de nuevo una casa y la hace: la cama y la casa (Figura 1). Como los demás sabe nombrar las partes del cuerpo y con ellos y tras la careta juegan a sacar la lengua o a ver los ojos azules de Jaime.

En el grupo de mayores la palabra, el vehículo máspreciado para nosotros, transita en la actividad grupal. Mientras se hacen collares se elige color, se habla de quién lleva collar y pulseras en casa... se manejan conceptos simbólicos; el material pedagógico permite hacer una historia, en los juegos crear las reglas. Los dos extremos de la pulsión se sientan alrededor de la mesa: una excitación motriz y una agresividad intensas o una anulación del mundo pulsional que de tan controlado origina apatía, inhibición y obstaculiza la flexibilidad y movilidad de los procesos mentales. En ambos casos se dificulta la elaboración de una actividad simbólica propia que asegure el control adecuado de la angustia. En el grupo las frustraciones, las dificultades para seguir las normas hay que manejarlas... y Pedro tuvo que estar sentado alejado de la mesa unos minutos como castigo por tirar las cosas; Carmen se puso a llorar cuando se le castigó. Ana, su terapeuta, sabe que a ella hay

que tranquilizarla hablando; pero con Oliver, cuando está absorto mirando sus manos, es más efectivo acariciarle el brazo. Las tijeras, el pegamento, el lápiz... se usan con más frecuencia y hoy todos quisieron venir con sus dibujos a este relato y han dibujado una cara... es curioso que el dibujo de Oliver se parece a Pepe con su pelo rizado y que Pepe puso a su dibujo el pelo tieso que tiene Oliver (Figura 2). Carlos, desde que volvió de vacaciones está más triste y regresó a su lenguaje ecolálico y a su aislamiento... pero cada vez dibuja áas, ha dejado los rayajos que hacía hace unos meses.... dibujó también una casa, soles muchos soles y coches.

La comida es el momento menos deseado para la mayoría. La sala común se hace más grande, la puerta corredera que cierra el espacio de los pequeños se abre y pasa a pertenecer a la grande; los mayores salen de su cuarto, divertidos arrastran dos de las mesas y llevan las sillas para que haya sitio para todos. Hay que lavarse las manos y hacen fila en la puerta del baño, alguno se cuele en la cocina... Es también el momento de buscar su foto y coger los babys de las perchas, sólo algunos mayores saben abrocharse. Cada uno se sienta en su silla, la mayoría elige un cuento que mirará tranquilo, o se cuenta algo entre todos...; los pequeños hacen ruido con las piezas para torres. Las terapeutas tienen que hacer una cadena para subir las bandejas de comida por la escalera y Jorge aprovechará siempre ese momento en el que los adultos están ocupados para intentar coger el tren giratorio. Una vez que las bandejas están, los mayores quitan la tapa y empiezan a comer; a los pequeños hay que cortarles la comida y ponerles el plato en la mesa: alguno puré, pero la mayoría esos sólidos que tanto les cuesta masticar. Los pocos que comen bien, miran con extrañeza que haya que insistirle a Alicia para que se lleve la cuchara a la boca y que se aplauda tanto porque traga sin vomitar; ahora es ella la que parece desconcertada: antes comer le era claramente desagradable, ahora no sabe... En la mesa de los más pequeños hay que vigilar que Ignacio intenta comer con las manos; Juan está tan feliz con el menú de hoy

que aletea sin parar sus brazos; Jorge mira el techo sin responder a las llamadas para abrir la boca, en casa su madre sólo puede darle biberones...

El salir de nuevo a jugar un rato a la terraza es el premio por acabar pronto de comer. Salen contentos, saben que a esta hora hay más triciclos libres; los tacos (grandes con los que se construyen muros, suelos para hacer equilibrios) se habían convertido hoy en un barco donde la mayoría estuvieron sentados haciendo que se movía; dos niños se sientan igual que hicieron en el rato del recreo... pero parece que ahora faltan pasajeros y no es posible repetir el juego, rápidamente cambian de actividad y cogen los balones para saltar. Pedro intenta abrir el grifo, ahora que parece que no le ven...; Juan, con sus balanceos, mira contento cómo juegan los demás.

Para los más lentos comiendo sólo queda tiempo para lavarles la cara y las manos antes de bajar las escaleras. Los padres esperan junto a la puerta, preguntan por cómo ha transcurrido la mañana, alguno tiene un poco de tiempo para hablar con los terapeutas por algo que le preocupa, pero la mayoría tienen prisa,... les queda un largo recorrido por la ciudad antes de llegar al colegio.

3. EL TRABAJO CON LOS PADRES

El trabajo con los padres es una parte fundamental en el abordaje terapéutico de los pacientes niños. Cuanto más pequeño es el niño, más inmerso se encuentra en el modelo relacional con sus padres. Si además estamos hablando de psicosis los padres no pueden quedar excluidos del proceso terapéutico.

Es muy frecuente que la existencia de un niño con trastorno psicótico desestructure las dinámicas familiares. No es simplemente que el nacimiento del nuevo hijo reorganice, como toda llegada de un nuevo miembro, la dinámica familiar, una cierta modificación de roles previos para hacerle un lugar,

lugar físico y simbólico. Este tipo de patologías va a herir en lo más básico la relación familiar. El padre, la madre, los hermanos... y la familia más amplia empezarán a vivir un pequeño seísmo, que exigirá que los edificios se apuntalen.

Sabemos que las experiencias de vínculo previo con sus propios padres es el modelo que el padre y la madre poseen para establecer las relaciones con sus hijos. Es difícil que cualquier estructuración psíquica existente previamente que hubiera permitido ser “padres suficientemente buenos” en un niño sin dificultades, no se vea amenazada y desestabilizada por la patología del hijo. Frecuentemente encontramos respuestas patológicas a la conducta del niño, que todavía cristalizan más el patrón interaccional psicótico con el que el niño funciona.

La comprensión de la clínica por parte del psicoanálisis constituye una aproximación particularmente enriquecedora, de la que no se debe prescindir. Partiendo de la hipótesis del origen multifactorial y de una progresiva construcción de la psicosis, nuestra orientación no se limita a la simple recogida de síntomas y trastornos del comportamiento, sino a enlazar el estudio semiológico con una comprensión del funcionamiento mental del niño y de sus modalidades de interacción con el entorno a lo largo de toda su historia.

Inicialmente debemos conocer, y diferenciar, el niño de la constelación que le acompaña. Muchas veces tenemos que retirar las proyecciones parentales para que no nos oculten al niño y podamos evaluar realmente su potencial, sus capacidades yojicas (su nivel de desarrollo cognitivo, motriz, de lenguaje, simbólico). Para evaluar necesitamos diferenciar, separar... pero para la eficacia del tratamiento sabemos que debemos trabajar sobre el entrecruzamiento de esos elementos.

Existen enfoques terapéuticos en los que las representaciones parentales van a ser la puerta de entrada y el objetivo en el tratamiento. Lieberman y Pawl (1993) consideran que “el paciente” es la relación entre padres e hijo, siendo la “expe-

riencia de vínculo afectivo correctiva de la relación terapéutica” el proceso que se supone tiene que cambiar las representaciones de los padres. Para Cramer y Palacio-Espasa (1993) en su modelo de psicoterapia breve el hilo conductor que se busca es la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre (recuerdos y representaciones), sus temas conflictivos actuales y la interacción actual con el niño. El punto cardinal de cambio será la interpretación que une el pasado al presente y las representaciones de la madre a sus interacciones; el paso del inconsciente a la conciencia.

En otros enfoques la conducta del niño es la puerta de entrada. Para Brazelton (1989) el foco clínico es demostrar las capacidades y las limitaciones interactivas actuales del bebé y enseñar a la madre la mejor manera de ayudarlo durante esa época. El objetivo velado es que se modifiquen las representaciones de la madre sobre quién es su bebé y quién es ella.

Reconocemos que durante el proceso terapéutico en el Hospital de Día vamos a favorecer que los padres establezcan una relación transferencial (con el terapeuta y con la institución) que permita el trabajo terapéutico. Los trastornos que presentan nuestros pacientes son muy graves, y la herida y fragilidad de sus padres enorme. Siempre está presente el ¿por qué?, el ¿qué hicimos mal?; siempre se busca un culpable y colocados en esa posición es difícil motivar un cambio. Partimos siempre de la existencia de una fragilidad en el niño; no negamos que ciertos factores externos hayan sido precipitantes, pero animamos a los padres a emocionarnos con los elementos positivos que vamos descubriendo.

Como terapeutas adoptamos pues una mirada positiva hacia la familia. La mayoría de los padres que tienen problemas de relación graves con los hijos saben demasiado bien, y les duele, conocer lo que hacen mal o lo que son incapaces de hacer. Lo que muchas veces no saben es lo que hacen bien, de qué aspectos positivos disponen sobre los que poder construir y recuperar partes inutilizadas de su repertorio parental

más positivo. Lo que más hace peligrar los inicios de un tipo de tratamiento como el que planteamos es una vivencia excesivamente persecutoria.

El abordaje con las familias en nuestro modelo de Hospital de Día se realiza entorno a una terapia grupal. Es un encuentro semanal. Los años de experiencia nos han mostrado que ese compartir entre los padres ayuda a disminuir las vivencias persecutorias y favorece el cambio. ¿Qué comparten?: su desconcierto, su herida, su ansiedad, su frustración, su desesperación... y también las pequeñas mejorías, ver recorrido parte del camino, la alegría y el temor del alta de la unidad, las dificultades para controlar sus conductas... ¿Qué descubren?: que cada vez comprenden mejor las reacciones de sus hijos, que la angustia que presentaba el niño va disminuyendo, que sus propias dificultades entrecrocán con las características de sus hijos y parecen magnificar su patología...

Compartir ese trabajo en grupo es mucho más terapéutico que trabajar de forma individual con los padres. En el despacho, siempre hay una mesa por medio y, frente a la patología de rasgos autistas, una tendencia de los padres a reclamar un manual de actuaciones, un depositar en el profesional un saber ante el que se sientan como alumnos aplicados, no como padres. Entre otros padres es más difícil perder el rol de padres, dejar de pensar.

Sabemos que el que las dificultades y patología de los hijos sea el núcleo del trabajo, no permite crear una dinámica grupal para el trabajo de muchas de las dificultades psíquicas de los propios padres. En nuestra experiencia con el modelo que trabajamos el verdadero trabajo sobre las representaciones parentales sólo lo esbozarán los padres con mayor capacidad de introspección. Pero la mayoría sí aprenden a ver aquellas características de ellos mismos que tienen que modificar para que sus hijos mejoren.

Previamente a la incorporación del niño al Hospital de Día, tanto en la primera consulta como durante el proceso de estu-

dio psicológico buscamos el encuentro con los padres y que compartan el recorrido que estamos realizando. Cuidamos especialmente la entrevista para la entrega del informe escrito sobre la evaluación y el diagnóstico del trastorno que presenta el niño. Es el momento en que podemos no sólo plantear nuestras indicaciones terapéuticas sino compartirlas con ellos, y hacerles partícipes del proceso terapéutico.

Desde el primer momento en que explicamos la forma de trabajo en el Hospital de Día planteamos que el trabajo con ellos será grupal, y que tan importante es que los niños acudan a la Unidad como que ellos participen en el grupo. Dejamos abierto que en ciertos momentos tanto ellos como el equipo podamos requerir un encuentro fuera de ese espacio.

El grupo de padres resulta un grupo abierto. La entrada o salida del niño al tratamiento se da en función de la evolución, y aunque al comienzo o finalización del curso escolar, tras las vacaciones, coinciden los movimientos de alta e incorporación más numerosos, nunca cambian todos los niños a la vez. Cuando los nuevos padres se incorporan al grupo hay un núcleo de cohesión al que se van uniendo, y al cabo de unas semanas vemos surgir un nuevo grupo, muy marcado por las características de los padres que durante esa temporada participan en él (Figura 3: Familias).

Aunque está muy influido por el estilo de los padres y por los temas que preferentemente aparecen en cada encuentro, muy frecuentemente los grupos resultan muy entretenidos, nos reímos con frecuencia con las anécdotas que cuentan de los hijos y aprenden a “meterse” unos padres con los otros, con gran cariño. Es llamativo lo buenos observadores que se vuelven de los comportamientos de sus hijos. Los señalamientos que ellos mismos se hacen son mucho más fructíferos que los que hacemos los terapeutas. Las despedidas resultan muy emocionantes.

La reunión grupal con los padres se realiza en una sala de grupos del Servicio fuera de lo que es propiamente el espacio

de la Unidad. El grupo se inicia con una ronda de hablar de cada niño en particular. Saben el orden en el que se suele empezar, y sobre todo los que buscan la excusa de tener prisa, una cita que cumplir se sentarán cerca de la puerta para hablar los primeros e irse antes de finalizar el grupo. Como hay que hablar de cada niño, (cómo ha transcurrido la semana, cómo ha estado en casa, qué hablamos con la tutora y el equipo educativo que acudieron a una reunión...) las primeras intervenciones parecen muy personales, los demás padres escuchan. Intentamos siempre guiar el grupo para unir lo que un padre dijo con el discurso del otro, con lo que se habló en días anteriores.

Cuando en el grupo las palabras se acompañan de mucha emoción es cuando los demás padres intervienen con mayor espontaneidad: el diálogo se establece entre ellos, "hoy no dejamos hablar a la doctora" dirán. Habitualmente cuando esto ocurre están compartiendo el sentimiento que hay tras una situación: la vergüenza en la calle por el comportamiento del niño (se tiró en el autobús porque el asiento que a él le gusta estaba ocupado; todo el mundo la miraba y murmuraban ¡qué maleducado!); las críticas de la familia (al niño no le pasa nada, eres tú que no sabes manejarlo); la desesperación por las rabietas o por el aumento del aislamiento; las dudas de cómo responder a las agresiones del niño; el dolor de aceptar que el niño está mal y ha iniciado el tratamiento...

En ocasiones el silencio invade la sala: la insistencia de una madre en hacer un relato de normalidad de su hijo cuando yo le repito las grandes dificultades que tiene y que falta muchos días al Hospital de Día, que así no podemos avanzar... con su gesto y su relato sigue marcando una diferencia entre su hijo y ella y los demás niños, algo difícil y doloroso de escuchar para los otros padres ; o esa madre, aparentemente muy colaboradora durante los 6 meses que lleva el niño en tratamiento que cuando planteamos que al alta sería conveniente (tanto por su nivel cognitivo como por los problemas conductuales) buscar una escolarización más específica que la que le ofrece el sis-

tema público de enseñanza nos argumenta que “no piensa empeñarse por su hijo”; o ese padre que amenaza con retirar a su hija del tratamiento como vuelva a recibir un empujón de ese niño de quien todos sabemos que empuja, y pega (las miradas se entrecruzan y alguna mano acariciará el brazo de la madre cuyos ojos empiezan a llenarse de lágrimas).

En esos silencios es cuando nuestra labor como terapeutas nos es exigida: reconvertir lo personal en grupal; convertir la negación en un punto de partida para el trabajo; no responder a la agresión con más agresión; que las heridas nos lleven a pensar con ellos qué está ocurriendo...

De todos los silencios ¿el más difícil de manejar como terapeutas?... el provocado por “no piensa empeñarse por su hijo”. Escuchamos ahí cómo Alfonso no va a tener salida a su trastorno. Él, precisamente, no tiene un funcionamiento psicótico, hoy por hoy, pero de pronto comprendemos lo que quizás no queríamos ver durante estos meses: que esos padres necesitan a Alfonso enfermo, un Alfonso que tiene unos descontroles impulsivos demasiado similares a los de su padre, una madre que en los encuadres más individuales nunca nos pudo hablar de su propia historia. En algunos casos los elementos proyectivos y la propia patología de los padres son tan determinantes en el trastorno que aunque abordemos con el niño sus dificultades e intentemos potenciar sus propios recursos, él no puede salir solo y el tratamiento en el Hospital de Día se convierte en un “como sí”.

Ese tipo de silencio nos muestra que en nuestro Hospital de Día hace falta además un espacio diferente. Un encuadre para ese trabajo más largo, más continuo que sabemos que en nuestros casos precisaría el trabajo directo sobre las propias estructuras patológicas de los padres y sus representaciones parentales. Sabemos que institucionalmente, hoy por hoy, no lo podemos ofrecer.

A ese silencio no le podemos dar sentido en el grupo, porque no les podemos ofrecer la respuesta. Será el Equipo el que

tiene que escuchar esa angustia, contenerla, y elaborarla para que no interfiera en la labor terapéutica. Ningún miembro del equipo nos veremos libres de las sacudidas que la patología grave de la infancia da a su entorno. Tanto el psiquiatra, como las auxiliares terapeutas, como los psicólogos y psiquiatras en formación... necesitarán en algún momento que el Equipo como tal les cuide, les guíe en el encuentro con la psicosis.

Sin embargo, una característica muy peculiar en los abordajes terapéuticos con niños pequeños es que la fuerza del desarrollo y su rapidez impone a todos los participantes del proceso terapéutico (padres, equipo de Hospital de Día) el cambio continuo. Quizás ese cambio es el que nos hace seguir adelante a pesar de las dificultades. A Alfonso y su familia les pudimos sacar muy poco de la red en la que estaban atrapados;... pero Alejandro fue capaz de dibujar el barco pirata del que tanto habla (Figura 4); y Jaime ya no está inhibido, está hablando, transmite esa felicidad de descubrir el mundo, aprende con tanto interés y facilidad que pasó del grupo mediano al de mayores, su madre le mira con una satisfacción que no habíamos visto antes, ya no habla de su hermana melliza cuando viene a recogerle...; y a Pedro aunque le cuesta jugar con los niños ya no habla de héroes, habla de lo que le pasó ayer en su colegio y si algo cambia o no ocurre como él esperaba ya no tiene rabietas inexplicables... llora y sabe mostrarnos qué es lo que le preocupa, a sus padres les da mucha pena ver su tristeza, su miedo ante tantísimas cosas cotidianas... pero saben cómo ayudarlo.

Un año es la estancia media que los niños pasan en nuestra Unidad. Mucho si pensamos que la mayoría tienen 3 ó 4 años cuando entran a tratamiento, muy poco si pensamos en los muchos cambios que esperamos de ellos y de sus familias: que abandonen sus mecanismos de defensa más patológicos, que reconduzcan su desarrollo, que adquieran una conciencia de sí mismos separados, que la angustia sea tolerable y el mundo apetecible.

4. REFLEXIONES

Como todo recurso terapéutico tenemos obligación de reflexionar sobre el trabajo que realizamos. Una de las tareas que nos corresponde es determinar en qué pacientes está indicado un tratamiento intensivo como el que hemos descrito. En nuestro trabajo clínico y especialmente para las decisiones entorno a los diferentes abordajes terapéuticos recomendables en cada caso consideramos imprescindible diferenciar los cuadros clínicos en función de su psicogénesis.

Como planteé al comienzo de mi presentación, a la retracción del autismo se puede llegar por diferentes caminos. En nuestro caso, para la comprensión de los trastornos psicóticos infantiles, nos sustentamos en la Clasificación de Trastornos Emocionales Severos desarrollada por la Dra. Marta Peral. Otros lo harán sobre la Clasificación Francesa de los trastornos mentales en el niño y el adolescente (C.F.T.M.N.A.), otros sobre el Sistema Clasificador 0-3 (National Center for Clinical Infant Programs)... sistemas de clasificación más enriquecedores que los Internacionales. No es éste el momento para hablar de los planteamientos teóricos de la clasificación que utilizamos, pero sí insistir que las indicaciones de tratamiento (una de las cuales es la opción de tratamiento en Hospital de Día) dependerán de la comprensión que, a la luz de esa clasificación, tenemos de cada niño y del surgimiento de su trastorno.

Comentaré sólo un ejemplo de no indicación de tratamiento en Hospital de Día. En nuestra conceptualización hablamos de cuadros que tienen un claro componente orgánico. Nos referimos a aquellos trastornos médicos, habitualmente neurológicos, cuya presentación clínica incluye sintomatología autista, e incluso ciertas enfermedades que, por la limitación cognitiva que determinan el primer año de vida, dificultan enormemente el desarrollo emocional e interaccional, cursando con rasgos del espectro autista. En esos casos faltarían los instrumentos a través de los cuales se establece el vínculo y la indicación terapéutica principal es el trabajo específico sobre el

desarrollo (motriz, sensorial,...). En nuestra estructura de Hospital de Día no podemos potenciar ese desarrollo en la intensidad que se precisa, por lo tanto no consideramos que se trate de pacientes candidatos a ese tratamiento. Ello no quiere decir que no sea fundamental abordar también en esos casos los aspectos emocionales.

El Hospital de Día es un entorno privilegiado que permite una convivencia estrecha con el niño y un acompañamiento muy particular a la familia. Ellos nos han hecho aprender mucho sobre los distintos trastornos psicóticos de la infancia, por ejemplo: que algunos niños, pocos, pero sí algunos, sí tienen esa incapacidad innata para establecimiento del contacto afectivo que planteaba Kanner en su artículo de 1943 y que su evolución será siempre “muy peculiar” a pesar de los tratamientos;... y también hemos aprendido que muchos niños tienen una fragilidad que les hizo caer en la retracción... y que es posible sacarles de ella.

Nuestros pacientes nos han enseñado a lo largo del tiempo que sabemos mucho menos de lo que creemos;... que necesitarán tratamientos prácticamente... siempre; ... que nosotros les podemos acompañar en una etapa, que nuestra ayuda es crucial pero, de nuestro modelo de Hospital de Día también se tienen que separar porque nuestra estructura resulta insuficiente cuando alcanzan cierto nivel de desarrollo. Siguen necesitando cuidados, muchos, pero tendrán que recibirlos en otras estructuras.

El proceso de diferenciación y de individuación-separación les fue especialmente costoso y necesitaron nuestra ayuda. Esperamos haber creado ese espacio transicional que es imprescindible poseer para enfrentar la latencia, la adolescencia y la vida adulta... y esperamos que nuestro tratamiento se haya convertido, como tantas otras cosas de su vida, en esa presencia psíquica contenedora que transita por el espacio transicional y arrastra al encuentro con el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- BOWLBY, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires. Paidós. "Orig" (1969).
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona. Paidós. "Orig" (1969).
- BRAZELTON, T.B. (1989). *Escuchemos al niño*. Barcelona: Ed. Plaza & Janés. "Orig" (1984).
- CRAMER, B. y PALACIO-ESPASA, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés : Etudes clinique et technique*. París : Ed. Presses Universitaires de France.
- KANNER, L. (1943). Autistic Disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2: 217-250.
- LIEBERMAN, A.F. y PAWL, J.H. (1993) Infant-parent psychotherapy. En Zeanah (comp.). *Handbook of infant mental health*. (427-442) Nueva York. Guilford Press.
- MAHLER, M. (1965). Psicosis infantil temprana: los síndromes simbiótico y autístico. En *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. (133-142). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MAHLER, M. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis.*, Vol. 53, part. 3: 333-338.
- MAHLER, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Ed. Marymar.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 2. Separación-individuación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- MANZANO, J. y PALACIO-ESPASA, F. (1984). *Estudio sobre la psicosis infantil*. Ed. Científico Médica.
- MANZANO, J., PALACIO-ESPASA, F. y ZHILKA, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao, Ed. Adtxa.
- MISÉS, R. (1985). Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 0: 53-75.
- MISÉS, R. (1992). Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En PARQUET PH. J., BURSZTEJN, C. y GOLSE, B. (dirs) *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. (pp. 17-31) Barcelona, Masson, S.A.

- MISÉS, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30:5-19.
- NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS (1998). *Clasificación diagnóstica: 0-3*. Buenos Aires, Paidós.
- PARQUET, PH. J., BURSZTEJN, C. y GOLSE, B. (1992). *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona, Masson, S.A.
- PERAL, M. (1986). *Hacia una clasificación de los trastornos emocionales severos de la primera infancia*. Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil. Madrid.
- STERN, D. (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós. "Orig" (1995).
- TOWBIN, K.E., PEARSON, G.S. y COHEN, D.J. (1993). Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 (4): 775-82.
- WINNICOTT, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión "no yo". En Winnicott (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 313-330). Barcelona. Ed. Laia.
- WINNICOTT, D. (1992). *Realidad y juego*. Ed. Gedisa.