

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Pierre FEDIDA	Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día.....	5
Cecilia GARCÍA CABALLERO y Montserrat JAUMEJOAN	El Grupo de Reeducción: Una Modalidad Terapéutica de Aprendizaje Significativo.....	35
Núria BEÀ y Àurea QUINTANA	Grupo de madres con hijos adoptados .....	57
Cecilia GARCÍA CABALLERO	¿Qué elementos aporta el juego al diagnóstico? .....	85
Andrés GARCÍA SISO	Estudio de la depresión en un centro de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Tarragona .....	131

**N.º 27**<sup>666</sup><sub>199</sub>

1.º semestre

**(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)**

## **JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA**

**Presidente:**

Alberto Lasa Zulueta (Bilbao)

**Vicepresidente:**

Ana Jiménez Pascual (Alcázar San Juan)

**Secretario:**

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

**Vicesecretario:**

Paloma Morera Arias (Madrid)

**Tesorero:**

Jaume Baró Aylon (Lleida)

**Publicaciones:**

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

**Vocales:**

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Leticia Escario (Barcelona)

Lucía Álvarez-Builla Bustillo (Madrid)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

**Director de la Revista:**

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

**Envíos de ejemplares atrasados:**

Jaume Baró

Plaza Nogueroles, 7

25007 Lleida

Teléfono 973 24 44 83

**Información y envío de artículos:**

Manuel Hernanz

Heros, 19-6º D

Bilbao 48009

[mhernanz@correo.cop.es](mailto:mhernanz@correo.cop.es)

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Pierre FEDIDA	Importancia de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas hoy en día.....	5
Cecilia GARCÍA CABALLERO y Montserrat JAUMEJOAN	El Grupo de Reeducción: Una Modalidad Terapéutica de Aprendizaje Significativo.....	35
Núria BEÀ y Àurea QUINTANA	Grupo de madres con hijos adoptados .....	57
Cecilia GARCÍA CABALLERO	¿Qué elementos aporta el juego al diagnóstico? .....	85
Andrés GARCÍA SISO	Estudio de la depresión en un centro de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Tarragona .....	131

**N.º 27**<sup>666</sup>

1.º semestre

**(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)**

*Edita:* Sociedad Española  
de Psiquiatría y  
Psicoterapia del Niño  
y del Adolescente

*Imprime:* Berekintza, S.L.  
Heros, 7 - 48009 Bilbao

*D. L.:* BI-1.383-95

## **IMPORTANCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA EN LAS INDICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS HOY EN DÍA\***

**Pierre Fedida\*\***

La psicopatología podría encontrarse hoy en día situada frente a un dilema, como poco, imprevisto.

Mientras que a comienzos del siglo XX representaba esa ciencia de las afecciones del espíritu y de los trastornos de la personalidad –heredera de una tradición filosófica y médica enormemente prestigiosa– y que esta ciencia se consideraba como la base de la psiquiatría clínica, la psicopatología podría encontrarse en proceso de llegar a ser una disciplina académica entre otras, privada de las interrogaciones que ocasionaban su espíritu de investigación. Y en el momento en el que la psicopatología podría beneficiarse de una convergencia de aportes bastante extraordinaria tanto neurobiológicos y farmacológicos como provenientes de la clínica y la teoría psicoanalítica, podría parecer bastante inútil a los prácticos de la categoría que fuere.

A decir verdad, la vía de una posible destitución científica ha sido progresivamente abierta por los propios psicoanalistas

---

\* Texto de la Conferencia presentada en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998

Traducción realizada por Paz San Miguel. Psicólogo Clínico.

\*\* Psicoanalista.

que han dejado de lado la recomendación freudiana de no abandonar nunca la observación psicopatológica. Esta no protege contra el riesgo filosófico de la especulación teórica que sobreviene inevitablemente cuando se priva al pensamiento de la extrañeza del otro y de la referencia de los síntomas. El texto de Freud sobre “El Inconsciente” (1915) estigmatiza la actitud filosófica que se encierra con facilidad en tautologías para desconocer los hechos de observación psicopatológica. Estos aseguran, por el contrario, a la metapsicología una fuente de imaginación y un valor de legibilidad clínica a las construcciones producidas y a las hipótesis avanzadas. Ahora bien, aunque la psicopatología sea reconocida por los psicoanalistas como una necesidad, más o menos difícil de perfilar, de la formación universitaria, la tendencia mayoritaria no es la de pretender que –incluso dentro del psicoanálisis– no haya más necesidad de explicitar el contenido si no es para conservar con la psiquiatría un campo común de conocimientos acerca de las disfunciones psíquicas y psicobiológicas. O incluso la “psicopatología de la vida cotidiana” no es en el psicoanálisis lo que da verdaderamente su sentido a la psicopatología de la normalidad –entendiéndose que un lapsus, un olvido, un sueño o un acto fallido son esos momentos críticos de la vida psíquica en su continuidad dinámica. Y la consideración de aparente continuidad de los procesos psíquicos no iría en contra de la afirmación de que el único verdadero conocimiento está aquí indisolublemente unido a la práctica de la escucha y de la interpretación en la cura psicoanalítica.

Desde otra vertiente –la de una pragmática psiquiatría de la prescripción de psicótipos y especialmente de la nueva generación de moléculas– se podría sostener que la psicopatología tiene una incidencia muy escasa sobre la elección del tratamiento. La semiología de un trastorno y su identificación nosográfica no se benefician, desde una perspectiva semejante, al verse simplificadas y sistematizadas según criterios a fin de cuentas bastante comportamentales por cuanto ponen de rele-

vancia la psicología popular de los estados internos regularmente expresados en las quejas de los pacientes. ¿ Sería necesario comprender el origen y la función de una neurosis obsesiva cuando la simple discriminación de un trastorno compulsivo-obsesivo puede ser considerada una manifestación “X” con posibilidades de ceder a los efectos de una molécula que cura igualmente bien el dolor moral que la sensación de cansancio vital o incluso el estado depresivo? El conocimiento neurobiológico de las áreas de disfunción cortical ya había abierto la posibilidad de que no fuera necesario denominar la manifestación psicológica (“angustia”, “depresión”, “confusión”, etc.) para ceñirse solamente a la designación del objetivo neuroquímico: la neurofarmacología molecular ha inaugurado ya una nueva era de lo a-clínico, en la que prevalece la elección instantánea de una prescripción psicológicamente polivalente. Desde el momento en que es la comprensión de la molécula lo que conlleva el alivio de un trastorno, el interés de una descripción y de una comprensión psicopatológicas finas, que den cuenta de las complejidades psíquicas pasa a segundo plano. Como consecuencia de esto, se puede fácilmente imaginar que la especialización clínica psiquiátrica se encuentra muy reducida en su competencia y que entonces está reorientada hacia una vocación “social” de protección, de readaptación y de reinserción.

No es nuestra intención aquí la de enunciar las ideas generales que acompañan con frecuencia al anuncio de las amenazas de desaparición. Vivimos una época en la que las transformaciones en boga en nuestras prácticas teóricas y clínicas ciertamente no deben ser temidas –aun cuando ocasionen en forma acelerada tales cambios en nuestras formas de ver, de pensar, de comprender e incluso de comunicar. El tema de este congreso nos invita, de este modo, a una puesta a prueba de nuestros puntos de referencia y nuestros marcos de reflexión. Hoy en día, el interés de recurrir a la psicopatología con vistas al tratamiento no debería consistir en el retorno a

una semiología médica y a una nosografía sobrepasada por la transversalidad de las nociones. La toma a cargo y el tratamiento –a menudo exclusivamente psicoterapéutico y a veces asociando psicoterapia, reeducaciones, farmacología - llevan a la redefinición de un campo en el que objetos y modelos diversamente elaborados son colocados en situación de confrontación crítica. Es lo que Daniel Widlöcher señala con el título de un pluralismo psicopatológico y es lo que nosotros hemos defendido en la perspectiva de una psicopatología fundamental que organice las intersecciones teóricas– precisamente allí donde se deciden nuevos objetos que deben seguramente mucho a la clínica psicoterapéutica.

Ciertamente, podríamos preguntarnos acerca de la validez de que goza en nuestros días el principio avanzado en el siglo XIX por la psicopatología, según el cual el conocimiento de las funciones normales se enriquecía y profundizaba mediante la observación de las disfunciones patológicas. En el uso que Freud ha requerido para recordar que lo patológico era un “agrandamiento” de los fenómenos normales no se encuentra esta idea evolucionista de que la naturaleza experimenta (Naturerperiment) y de que las crisis en el desarrollo así como las anomalías que resultan de ellas aclaran el curso normal de los procesos. Con la psicopatología disponemos de esta perspectiva y esta comprensión de las condiciones que se dan en un individuo para paliar estados de carencia o adaptarse en situaciones de angustia con el fin de asegurar su supervivencia.

Una concepción semejante –que lleva a suprimir la oposición de lo normal y de lo patológico y a considerar lo normal como una ficción positiva necesaria para la descripción de las formas y los procesos patológicos– se encuentra en la base de una formación en la clínica y, en cierto sentido en efecto, es inherente a la práctica de la clínica psicoanalítica.

El título dado a la presente comunicación es “Importancia de la psicopatología, hoy, en las indicaciones psicoterapéuti-



cas” Un título semejante no hace, de entrada, más que enunciar la necesidad de referirse a un conjunto de conocimientos acerca de la vida psíquica y sus momentos críticos de cara a la atención a un paciente y el compromiso para una psicoterapia. Mi intención inicial se ha visto satisfecha al evaluar el riesgo de un rechazo de esta referencia en la concepción de una psiquiatría pragmática de la prescripción o –desde un punto de vista totalmente diferente– por el efecto de una generalización abusiva de la indicación de psicoterapia. Pero reconocer la importancia de la psicopatología no podría liberar del ejercicio académico que define los pre-requisitos de la disciplina mejor adaptada. No podría ser tampoco el retorno a un esquematismo médico del conocimiento positivo de los signos y las clases a partir de las cuales un diagnóstico es el que conforma las indicaciones terapéuticas requeridas. La reevaluación de la función de la psicopatología es aquí puesta en relación con la elección que se impone del establecimiento de una psicoterapia. Y es esta la que puede modificar el estatuto, que por otra parte conviene acordar, de lo que se llama “psicopatología”. En un momento en el cual toda una multitud se afana en torno a la investigación de las condiciones de la formación y del ejercicio de la psicoterapia, el tema de este Congreso y las diversas contribuciones a las que da lugar ofrecen –si es que hubiera necesidad de ello– una especie de refuerzo de actualidad tanto con respecto a la necesidad de la psicopatología como a la definición de la práctica del oficio de psicoterapeuta.

La presente comunicación me proporcionará la oportunidad de desarrollar sucesivamente los siguientes puntos:

- Dos secuencias de observación clínica.
- El origen de la contratransferencia.
- El rol inter-psíquico del síntoma en la transformación del psicoterapeuta.
- La práctica de la psicoterapia y la formación del psicoterapeuta.
- El porvenir de la psicopatología.

## 1. DOS SECUENCIAS DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

He escogido presentar dos breves secuencias de observación clínica que pongo en relación con nuestro propósito. Una de ellas proviene de la primera entrevista que tuve con un niño de 7 años – Hervé–. La otra es un fragmento muy corto de una sesión con una mujer depresiva –Tatiana– más de un año después del comienzo de su psicoterapia. En medio de las dos secuencias, que son contemporáneas, quisiera poner especialmente en evidencia la manera en la que se forma la observación psicopatológica –no solamente nuestra propia observación en la situación clínica sino también aquella de la cual da testimonio el paciente (niño o adulto) y que puede, según el caso, facilitar o entorpecer el trabajo terapéutico–.

*Quando recibo a Hervé a demanda del pediatra así como de la madre del niño, ya sé por medio de un tercero que desarrolla desde hace poco más de dos años una “obesidad depresiva” que es una fuente de violentas angustias para su madre que vive sola con el niño. Hervé tiene un bonito rostro muy fino que resulta como algo extraño a la robustez de su cuerpo que no me parece que deba ser calificado de obeso aunque su volumen y su peso parece que empiezan a molestarle. La habitación en la que recibo a los niños solamente tiene una mesa y dos sillas situadas cara a cara. Desde la primera cita, sobre la mesa solamente una hoja grande de papel y un lápiz. Las paredes son blancas y no están decoradas. Ningún juguete a la vista. Hervé está situado frente a mí, y permanece silencioso algún tiempo. Yo no le hablo. Me pregunta dónde está el servicio. Le contesto que se lo diré un poco más tarde. “¿No tiene vd. miedo de que me cague en su moqueta?”, me dice con una violenta emoción que trastorna su rostro. Y al mismo tiempo, se pone a llorar. Le digo que está muy enfadado de estar aquí contra su voluntad. Entonces se levanta, da vueltas a la habitación y me dice: “si yo tuviera un arma de fuego, me explotaría la cabeza” Empezamos a comunicarnos entonces. Pienso que una psicoterapia comienza en el momento preciso en el que*

*Hervé está a la vez enfadado y triste. Le digo que da vueltas como si fuera un prisionero. “En casa, me pasa lo mismo con mamá, que está todo el tiempo gritando y que no quiere que me mueva. Dice que le da dolor de corazón cuando me muevo” Hervé se vuelve a sentar, y empieza a hablarme un poco de su vida que le resulta aburrida. Dice que no querría levantarse por las mañanas “porque ahora todo es triste”. Come porque le hace dormir, y aunque tiene miedo al dormirse, prefiere eso al resto. “Puedo contarme cosas aunque sean terribles y tengo menos miedo” La expresión de Hervé se ha vuelto tranquila al hablarme. Su mirada se ha despertado y en ese momento me da la impresión de que lo ha comprendido todo. “Mamá está siempre cansada. Lloro a menudo. Ella querría que yo estuviera muerto para olvidarse de mi papá”.*

*Al coger peso, Hervé se construye una fortaleza coronada por una torre desde la que puede observar todo el delirio depresivo de su madre. Es esto lo que él comienza a dibujar ante mí. Es una fortaleza sin puertas y la alta torre, fina, puede verlo todo. “A veces, me pongo en un rincón de la cocina y hago como que leo.” Las violencias cotidianas de la madre –que, al parecer, consisten sobre todo en sus gritos y en sus lloros, pero también en bofetadas– dan lugar en Hervé a una especie de identificación empática mediante la cual busca diluirse, como para defenderse insensibilizándose. Observa todo. Se acuerda de escenas entre su madre y su padre cuando tenía 3 ó 4 años: su padre quería llevarle con él, pero él se enganchaba al desenfreno de la madre, se enredaba con ella en su violencia.*

*Durante los 6 meses en los que me ocupé de Hervé, no falta ni a una sola de las entrevistas. En cada sesión, habla y dibuja – dibujamos juntos en la gran hoja dispuesta entre nosotros–. Poco a poco, es como si me encontrara colocado en la situación de un supervisor porque el niño me cuenta lo que su madre ha dicho o ha hecho y lo que él ha llegado a escuchar con ello “te mataré” o incluso “te estás volviendo tan gordo y*

*tan feo como tu padre". O incluso: "Te cortarían la lengua" Hervé me dice: "Mamá es muy desgraciada por no poder librarse de papá". Y un poco después: "a ella le gustaría quererme, pero siempre le duele la tripa".*

La intuición de Ferenczi –ampliamente retomada desde entonces– era, ya es sabido, que el niño vivía a menudo la violencia pasional del adulto como algo que le incitaba a convertirse en el psiquiatra de éste, podría decirse: su psicopatólogo y su terapeuta. La violencia psíquica y el terror que produce provocarían, de este modo, una inmovilización depresiva del niño que debe acallar en sí mismo sus propias excitaciones y protegerse del quebranto interno/externo. La observación psicopatológica que el niño desarrolla acerca del comportamiento del adulto y la comprensión que adquiere de ello se asemeja a algo necesario para la supervivencia, en tanto le resulta directamente perceptible el desespero mortífero al que asiste cotidianamente. Y el enclave de la observación –esa fina torre que se yergue, ciertamente, también como un pene transformado en incastrable a fuerza de imponerse– lleva al niño a reconocerse en su vida psíquica por cuanto puede identificarse de forma empática con los movimientos psíquicos y corporales de su madre y suscitando su miedo. En una sesión, Hervé se mostrará muy deprimido: la víspera, había visto a su madre ingerir alcohol con una amiga hasta un punto en el que su "alegría" le había resultado a él completamente incomprensible y angustiada. Nada se parecía a lo que él podría, potencialmente, experimentar.

La empatía es, quizás, un movimiento animista resultante del miedo suscitado por el otro. Se encuentra, ciertamente, en el origen de una psicopatología –literalmente hablando– y es también la condición para una subjetivación de la hostilidad y el odio. En el caso de Hervé, podría decirse que la "obesidad depresiva" ofrece la ventaja de una fórmula resumida: se trata, para él, de hacer posible, con esta modalidad depresiva, una protección contra una efracción excesivamente fuerte que le

privaría de su capacidad de intensa observación aislada. Pero nos parece también que el enclave de esta capacidad de observación psicopatológica - correlativa del sentimiento de impotencia para llegar a ser el terapeuta de su madre -crea el riesgo de una auto-reclusión. La psicoterapia se impone aquí- en este preciso momento.

Pero lo que más me ha conmovido en el comienzo de esta psicoterapia, así como en su desarrollo, es lo que llamaría la creatividad psicoterapéutica de los momentos críticos que se produjeron entre Hervé y yo. Sin duda, como en toda psicoterapia, se puede considerar estos momentos críticos como algo tanto más fecundo cuanto que llevan al analista a nuevos insights en relación directa con el acontecimiento psicopatológico que se manifiesta en la palabra o el comportamiento del paciente. Todo ocurre como si la deformación que sufre una representación, en el momento en que esta está instalándose, situara al analista lo más cerca de una regresión que produce un nuevo tiempo de comunicación inter-psíquica. Hemos insistido en otras ocasiones en esta deformación y transformación regresivas formales en la vida psíquica del analista: a modo de lo que ocurre en el sueño, podría decirse que prevalece por un instante y momentáneamente una actividad alucinatoria que podría proceder de las “zonas ciegas” del analista -lo que se podría denominar aquí el recurso psicopatológico del trabajo analítico.

La segunda secuencia clínica que quiero traer aquí pertenece a una mujer de 41 años cuya psicoterapia, iniciada un año antes con frecuencia de dos sesiones semanales, me había colocado al principio ante la necesidad de organizar un dispositivo de cuidados psiquiátricos previos a la instauración de una situación analítica. Las dos primeras entrevistas con la paciente me habían dado la oportunidad de contemplar un estado de depresión en una crisis aguda: la primera vez Tatiana venía acompañada y, durante el transcurso de la entrevista, mostró una gran dificultad para hablar y contarme lo que le

ocurría. La segunda vez, al llegar a mi despacho, se desplomó y fue preciso que le levantara para sentarle en un sillón. Al final de esta entrevista, tomé contacto con uno de sus amigos, médico generalista, así como con un colega psiquiatra que podía recibirle el mismo día. Aceptó ser hospitalizada al día siguiente, y comenzó a la par un tratamiento antidepresivo en la clínica al tiempo que sería acompañada a sus sesiones de psicoterapia, que yo deseaba que comenzara durante su hospitalización. Durante el año siguiente, Tatiana acudió regularmente –a menudo con mucha antelación– a sus citas. El tratamiento quimioterápico, bien tolerado, había mejorado sensiblemente su estado depresivo sintomático. Pero ella se sabía extremadamente frágil y le resultaba completamente claro que esta mejoría de su estado se anticipaba, en cierta medida, a sus propios recursos. Intuía especialmente que los antidepresivos le despertaban demasiado pronto, véase demasiado íntensamente, y que tenía la necesidad de tomarse tiempo para despertarse por sí misma. Por otra parte, la mejoría seguía siendo muy inestable y hacía falta poca cosa –pese al seguimiento psiquiátrico que continuaba– para que sobrevinieran repentinamente momentos de angustia muy violentos. Tales momentos, cuando se producían sin anunciarse previamente, le permitían sin embargo telefonearme –lo que constituyó un verdadero progreso para ella que no podía imaginarse el demandar lo que fuera a quien fuere.

*Una violenta crisis de angustia le había sacudido profundamente un sábado por la tarde –habiendo estado la sesión del viernes enteramente ocupada por la evocación de una larga conversación telefónica con su madre que le había tratado de histérica y le había conminado a detener su psicoterapia bajo la amenaza de verse privada de ciertas ayudas que le daba mensualmente. Su madre, decía ella, era una especie de insecto o de forma tentacular de la que ella quería deshacerse pero sin la que ella no podía arreglárselas, como si esa forma la penetrara y la poseyera. Y el odio que le inspiraba a veces el dominio de*

*su madre sobre su vida psíquica y sexual le hacía - pensaba ella - correr el riesgo de una vuelta de su propia destructividad contra ella misma.*

*Es el domingo a la mañana cuando Tatiana me telefonea para pedirme hablar conmigo. Me dice haber vivido un infierno durante toda la noche en la que ha permanecido completamente insomne. Le propongo recibirle el domingo por la tarde. "Cuando era una niña muy pequeña, me acuerdo, aprendí a matar dentro de mí las emociones demasiado vivas, vivas con demasiada fuerza. Funcionaba. Como para dormirme, cuando yo cerraba todo mi cuerpo y no respiraba más. Desde que vengo aquí, estoy más tranquila. Mis emociones no me invaden. Fluyen ellas solas. Pero ayer, yo no había vivido eso nunca... golpeaba y golpeaba fuerte sobre todo lo que estaba vivo dentro de mí, que no llegaba a morir. Era la agonía. La agonía es no poder morir. Pues yo estaba en la agonía. No podía hacerme morir".*

*Vuelve a hablar otra vez acerca de esa capacidad que tenía, de pequeña, para "cerrar todo su cuerpo" y no respirar para poderse dormir. "Durante el día, me sentía muy excitada por la presencia de mi madre, que era a la vez sublime y deplorable. Sabía que yo era su muñeca -una muñeca a la que se puede volver viva y una muñeca que debe también hacerse la muerta. Se podría decir que yo sabía muy bien pasar de un estado al otro, y que así no me arriesgaba a perderle puesto que tenía una necesidad vital de mí". Pero lo que ocurrió la víspera -seguido de la sesión del viernes en la que también me anunció que no estaría presente en la sesión del martes- equivale al aniquilamiento de la muñeca: vio crecer en ella las imágenes monstruosas de sí misma viva, y le resultó intolerable.*

El señalamiento de lo que puede ser la agonía -ser psíquicamente impotente "para hacerse morir"- me pareció tanto más remarcable cuanto que su ser de muñeca está aniquilado: la muñeca era el complemento psíquico de la madre, que

podía amoldarse a los estados cambiantes de ésta. Tatiana dirá, en otro momento, que ella –que sabe por experiencia con su propia hija lo que puede ser una madre– conocía y comprendía todo acerca de los cambios más discretos que le sobrevenían a su madre. “No simulaba; sino que en todo instante era su doble”. Durante mucho tiempo pensó que incluso en eso consistía ser la hija de una madre: observarlo todo y comprenderlo todo en todo instante y tener el poder psíquico de la muñeca que siente todo lo que ve como si proviniera de ella misma. Sin lugar a dudas, la psicoterapia –a la que la madre es resueltamente hostil– le priva poco a poco de este ser-muñeca y le confronta de ese modo a verse desbordada por estados vivos que no reconoce porque no los conocía. Y la agonía es, sin duda, lo que ella ha dicho pero también es no tener ya consistencia.

La elección de estas dos secuencias –puestas en relación– responde al cuidado que tengo aquí de señalar el proceso de subjetivación que conlleva, en cada ocasión según modalidades diferentes (puesto que en cada caso una subjetivación semejante es algo singular) el conocimiento del otro más familiar y más próximo como extranjero. En la evocación, bastante constante, que Freud hace de la creencia animista, la cuestión es la identificación por inferencia atribuyendo al otro los mismos sentimientos y los mismos pensamientos que uno conoce a partir de sí mismo. La creencia animista consiste, de alguna forma, en un control de los movimientos del otro, que protege contra toda agresividad mortífera de la que el otro podría ser fuente. Así pues, el conocimiento psicopatológico interviene como un proceso de subjetivación de lo ajeno desde el momento en que el otro-familiar es adecuado para manifestar emociones, sentimientos, comportamientos y pensamientos que no son deducibles por identificación más que bajo la condición de haber podido interiorizar la extranjería. Por nuestra parte, hemos comentado largamente el pathei mathos del Agamenón de Esquilo que da esta plena dimensión a la prueba de subjetivación de lo psí-



quico en su manifestación enferma. La constitución de lo vivido en la experiencia (o todavía más: lo que enseña lo vivido) a la que el psicoanálisis confiere un valor de historización de sí, da todo su sentido a la psicopatología del pathei mathos. Es desde el momento en que el otro rompe con la familiaridad (que reclama una alianza con su enfermedad) cuando se decide –tanto en Hervé como en Tatiana– ese momento de la observación psicopatológica que lo más familiar amenazaba con hacer desaparecer. Porque nada es más, en efecto, pernicioso que esta inclusión enfermante en lo familiar.

En una comunicación muy sutil presentada en la Asociación Psicoanalítica Francesa, Aline Petitier partiendo de un texto de Conrad ha puesto el acento en el advenimiento del extraño en el seno del analista durante la cura. La interpretación no sobrevendría en el momento más crítico de este descubrimiento del extraño en uno mismo después de una palabra, a menudo anodina o banal, del paciente. Discutiendo esta Comunicación, yo por mi parte volví a cuestionar esta idea de la empatía respecto a lo semejante puesto que es precisamente en el despertar inesperado de lo disemejante parecido donde se juega la mayor fuerza para la observación del otro y la interpretación. ¿Por qué, en estas condiciones, no avanzar la hipótesis de que “psicopatológico” significa exactamente eso: el mantenimiento imposible de una empatía en el momento en el que sobreviene nuestra propia locura que es solo capaz de ver el desorden del otro –de ver al otro como caos? ¿Pero no es esto volver sobre la concepción más comúnmente admitida de la contratransferencia?

## II. EN EL ORIGEN DE LA CONTRATRANSFERENCIA

En sus desarrollos recientes, el psicoanálisis anglosajón consolida, a la vez, una concepción hermenéutica de la interpretación y una teoría intersubjetiva de la comunicación psicoterapéutica. . Esta tendencia a la que se adscriben un buen

número de psicoanalistas, se basa en esa idea (a menudo presentada especialmente por Harold Searles pero también, en cierta medida, por Otto Kernberg en su práctica clínica con pacientes límites) de que la percepción del analista de las representaciones y afectos que le suscita el paciente en el curso de la cura, proporciona los miedos psíquicos para ser informado de los roles que este quiere hacerle jugar, compulsivamente, y, al mismo tiempo, de generar en él las interpretaciones adecuadas. No habría nada que objetar acerca de semejante acepción de la contratransferencia –en fin de cuentas, formalmente de acuerdo con su consideración inicial– si aquí no se hallara rehabilitada una teoría fenomenológica simplificada acerca de la comunicación intersubjetiva. Desde este punto de vista, fiel a la famosa “elasticidad” ferencziana, esta concepción de la comunicación psicoterapéutica supone muy claramente que el analista, cuyo análisis ha sido lo suficientemente profundo, dispone en sí mismo de la movilidad requerida para desplazarse constantemente en función de las transferencias del paciente permaneciendo a la vez fiador de su propia identidad (imagen ferencziana del tentempié que puede ser zarandeado pero siempre reencuentra su centro de gravedad).

No entraré aquí en una discusión acerca de la simplificación de que es objeto hoy día en el psicoanálisis la teoría fenomenológica husserliana de la intersubjetividad. Esta teoría es difícil y su utilización en la comunicación psicoterapéutica no debería darse por sentada por cuanto los conceptos de transferencia y contratransferencia son algo heterogéneo a su perspectiva. Señalemos, sin embargo, de paso –para mantenernos dentro de nuestra problemática de hoy– que la integración de una filosofía fenomenológica con una orientación dinámica de la psicoterapia pasa, resueltamente, en los autores más conocidos (L. Binswanger, R. Kuhn, W. Blankenburg, Kimura Bin) por la necesidad de una nueva aproximación a la psicopatología y, de ahí, por una reevaluación específica de la idea del tra-

tamiento psicoterapéutico. Tal y como lo señalaba Binswanger, es el conocimiento psicopatológico de las estructuras deficitarias del ser-en-el-mundo (Dasein) y del estar-con (Mitsein) lo que guía al clínico terapeuta en su exacta evaluación de su conducción de la psicoterapia, a menudo coordinada con una aproximación farmacoterápica. Con las psicoterapias analíticas, no se mueve uno en los mismos parámetros teóricos y es solamente por medio de un pragmatismo reductor que se puede encarar una concepción fenomenológica de la intersubjetividad de la transferencia/contratransferencia. Semejante pragmatismo reductor funciona con la teoría husserliana de la intersubjetividad (esta se vuelve aquí irreconocible) y no tiene en cuenta la metapsicología freudiana de la transferencia. En fin, la hermenéutica - que J. Laplanche con razón discute - es aquí significativa de una especie de economía de los medios de la interpretación: el recurso a este tipo de interpretación no tiene gran cosa que ver con las condiciones psicoanalíticas de la formación de la interpretación durante la actividad de construcción del analista en la cura. Pero reconozcamos que esta pragmática de la comunicación intersubjetiva en la psicoterapia (todavía llamada “psicoanalítica”) se apoya principalmente sobre los recursos de la subjetividad contratransferencial en la situación y sobre la acción de los enunciados que se derivan de ellos. Podríamos añadir más directamente que esta pragmática comunicacional –reglamentada con criterios de eficacia a su vez verificados mediante criterios de evaluación terapéutica– vuelve a cuestionar radicalmente la idea del tiempo necesario para la preelaboración y la elaboración en el paciente, así como en el analista. De ello se extraen, ciertamente, nuevas concepciones de la psicoterapia psicoanalítica de una duración más breve y movilizándolo interacciones más directas –en cualquier caso no persiguiendo el levantamiento de la represión ni tampoco los contenidos de la amnesia infantil.

Me permitiría aquí remitir a mi trabajo publicado en Francia en 1992 sobre “Crisis y contratransferencia”. Lo que me impor-

taba entonces era ya denunciar una pragmática inter-subjetiva de la comunicación psicoterapéutica –teniendo ésta por esencial y debiendo ser el objeto de la toma en consideración por los psicoanalistas, a la vez en razón del valor atribuido a la representación-fin de la curación esperada y porque el diagrama del modelo psicoanalítico es –tal como lo indica Freud en su texto “Construcciones en Psicoanálisis”– el de la ruptura de la comunicación socializada (escenas distintas, roles distintos, actividades separadas). Me parecía, entonces, que la contra-transferencia llevaba los vestigios de una consciencia subjetiva de muerte del padre. Entendía así la función defensiva de una subjetividad cara a la violencia salvaje de las transferencias –pudiendo aquí concebirse filogenéticamente la subjetividad como una necesidad de la interiorización de la muerte.

En la perspectiva en que me sitúo aquí, hoy, me parecería más útil avanzar las siguientes propuestas:

1. En el origen de la contratransferencia se podría hablar de la experiencia que tiene el niño –a partir de una vivencia traumática– del psiquismo del otro como violencia de una necesidad de división del yo: Lo que se pone en juego en esta necesidad es poder interpretar lo enigmático de las pasiones que agitan al padre o a los padres entre sí. Esta división del yo implica que quien resulta inmovilizado por la violencia psíquica debe ser también quien descifre los signos y les de significado. La acción del psiquismo sobre el psiquismo que está en el origen de la práctica psicoterapéutica supone, por lo tanto, la experiencia de una movilidad indispensable para las funciones de proyección e identificación.
2. Tratándose de la identificación con los procesos y movimientos psíquicos del otro, sabemos que esta identificación es menos identificación con los roles y los personajes que con las imagos que el otro presenta. En su texto “Personajes Psicopáticos en el Teatro”, Freud da a entender clara-

mente bajo qué condiciones la presentación de las imágenes hace posibles las identificaciones del espectador. Mientras que resulta posible identificarse con las motivaciones y los actos de un loco asesino, es mucho más difícil hacerlo con los enfermos con handicaps o gravemente heridos. Tanto la novela como el teatro constituyen un soporte muy favorable para estos movimientos de identificación/desidentificación: semejantes movimientos suponen la coexistencia de dos modalidades, una pathica (o lírica), la otra heroica (o épica), no yendo la una sin la otra en la psicopatología. Como lo señalaba E. Staiger, el relato heroico que el sujeto se hace a sí mismo de lo que le pasa, dispone de esta receptividad pathica de los afectos desmesurados que residen en el otro.

3. La experiencia personal que el psicoterapeuta tiene de su propio análisis le ha hecho, sin duda, descubrir las zonas oscuras de su propia vida psíquica con las que viene a tropezarse –y por lo tanto a expresarse– la contratransferencia de su analista. Estas zonas oscuras (que pueden asimilarse a la compulsión a la repetición) serán mantenidas generalmente intactas en el sentido de que podrían llamarse “la parte de lo inanalizable”.

Pero, ¿acaso no es eso lo que ocasiona, en la práctica psicoterapéutica, la elección de los pacientes que tomamos a nuestro cargo y que nos conduce a la continuación del análisis con estos pacientes? En su Periódico clínico Ferenczi reprocha a Freud el haber querido privarle de ese sí mismo terapéutico en el que se alojaba la monstruosidad patológica de sí mismo –su famoso “teratoma”. Ya se sabe la fortuna de que ha gozado esta idea en Winnicott, en Margaret Little, en Searles: El “análisis mutuo” ¿no consiste en la confianza en la creencia de que el paciente mejora al poder curar al terapeuta allí donde este fracasa al curar a su enfermo? Y, en cierto sentido, el análisis mutuo es la actuación ficticia de una contratransferencia que estaría en exacta simetría con la transferencia. Retenga-

mos solamente la idea de que lo psicopatológico - reconocido y agudizado por la transferencia del paciente - es la experiencia en contacto con la cual el psicoterapeuta encuentra las condiciones de una angustia de curación.

### **III. EL ROL INTER-PSÍQUICO DEL SÍNTOMA EN LA TRANSFORMACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA**

La crítica que he avanzado respecto a una tendencia del psicoanálisis a basar la acción psicoterapéutica en una teoría “fenomenológica” de la comunicación intersubjetiva (lo que yo he llamado aquí “una pragmática inter-subjetivista”) podría reforzarse con el argumento de que esta tendencia presta poca atención al rol que juega el síntoma en el proceso terapéutico y, para empezar, en la transformación del psicoterapeuta. Ciertamente, el tema final del “análisis mutuo” comporta esta idea de la curación del terapeuta por el paciente o incluso la de buscar con el terapeuta una “alianza” que refuerce las condiciones favorables del trabajo psíquico emprendido. ¿Y no se insiste también - en una perspectiva dinámica ya enunciada por Daniel Widlöcher - en la co-elaboración, el co-pensamiento? Pero es bastante significativo que pocos trabajos, excepto el de Widlöcher, presten atención a la función del síntoma en el avance del proceso terapéutico mismo. ¿Sería este uno de los signos que hemos señalado del riesgo de la desaparición de la psicopatología como punto de referencia en la práctica psicoterapéutica? Y ciertas concepciones de la psicoterapia -de inspiración cognitiva o comportamental- están ciertamente predispuestas a tener en cuenta el síntoma como una manifestación patológica a ser reducida y suprimida, bien porque es partícipe de una creencia errónea, bien porque aliena un comportamiento por una dependencia condicionada. Lo que equivale, tanto en un caso como en el otro, a atenerse a un punto de vista más psiquiátrico que psicopatológico del síntoma.

Las propuestas que quiero avanzar aquí se apoyan principalmente sobre las ideas siguientes:

- La “formación del síntoma” (*Symptombildung*) es un proceso singular entrando en la constitución de la neurosis individual;
- El síntoma es la forma que adquiere el aparato psíquico en el curso del proceso de individuación;
- Al igual que el sueño y la transferencia (que pueden ser considerados “síntomas”), el síntoma conlleva una memoria onto-filogenética de formas ancestrales incomprendibles para el sujeto; el síntoma toma prestadas expresiones enigmáticas al yo para el que es un extraño;
- Mientras que el síntoma médico –remitiendo a una semiología de la lectura de los indicios (cf. M. Foucauld)– apela precisamente al plano de la terapéutica (la conducta precisa), el síntoma psiquiátrico pertenece, podría decirse, a una “razón clasificatoria” (Patrick Tort) y, más precisamente, a la quiebra de las normas de representación de un proceso. Es importante recordar, a este respecto, que toda re-medicalización de la psiquiatría (v.g.: los signos de la depresión o de la confusión senil) conlleva una pérdida de la psicopatología en el sentido en que nosotros la entendemos.
- Freud ha tenido cuidado de recoger la tradición de la sintomatología psiquiátrica, es con el ánimo de poder construir “el punto de partida de la observación” psicopatológica. Pero el síntoma tal como el analista lo observa ya no es, ciertamente, el síntoma descrito por el tratado de psiquiatría. Para empezar, porque se ha modificado en la transferencia (ya fuese para haber llegado a ser un desafío a la curación y/o la expresión de una desconfianza frente al riesgo de influencia). Y también porque su condensación y su capacidad de desplazamiento significan

que las “formas plásticas” que toma prestadas incluso del lenguaje (el síntoma histérico, “vía real” del tratamiento, según Freud) remiten a las capacidades de deformación y a las condiciones de figurabilidad en la palabra asociativa del transfert.

- El abuso cometido por los propios psicoanalistas en cuanto al uso, a menudo sistemático, hecho de la palabra “síntoma” reintroduce, esta vez, una especie de respiquiatrización expresa del psicoanálisis (v.g.: “el niño síntoma de...”o incluso “es en la relación del niño con su madre donde hay que buscar el sentido del síntoma”, etc.). A este respecto, se comprende que H. Tellenbach y, a continuación, A. Tatossian hayan privilegiado el fenómeno frente al síntoma –siendo considerado el fenómeno psicopatológicamente como algo que da testimonio de una modalidad de ser entrando en comunicación con el terapeuta.

Recordando estas propuestas, quisiera citar la frase de ese niño de 5 años que me decía: “si te cuento mi sueño, ya no tendrás la misma cara”. Estas palabras me impresionaron porque situaban con la mayor precisión el sentido que atribuyo a la acción ejercida por lo psíquico sobre lo psíquico. Este niño quería, en efecto, darme a entender que mi cara –superficie a la vez protectora de uno mismo e infinitamente sensible a la forma de presencia del otro en sus expresiones– cambiaría una vez que el sueño en sus imágenes vividas y su relato ante mí modificaría lo que yo puedo sentir, pensar, vivir; así, me marcaría de tal manera que no podría olvidarlo. Como eco de estas palabras, no sabría hacer otra cosa que señalar algo que, a menudo, se me ha impuesto en la terminación de un análisis o una psicoterapia: ¿cómo desprenderse de un síntoma del paciente que, a menudo durante largos años, ha impuesto la forma de su presencia cuando yo tenía, por algunos indicios, todas las razones para creer que el paciente se había liberado hacía tiempo de lo que le evitaba vivir? La famosa “reacción



terapéutica negativa” debería aclararnos más acerca de los ideales de salud y normalidad presentes en la contratransferencia en nombre de la curación, y debería también hacernos comprender mejor que la alianza psicopatológica entre el psicoterapeuta y su paciente implica la persistencia del síntoma como co-apropiación.

Pero ya nos hemos aproximado a esta bi-valencia histérica/obsesiva del síntoma. Para simplificar, sin duda de buena gana podría decirse que el impresionante impacto del síntoma histérico toma prestada la forma (“vía real”) de la imagen plástica del sueño mientras que el síntoma obsesivo- intrincándose, como dice Freud –con los razonamientos del pensamiento que nos son familiares sale más bien de una forma “dialectal”. El dialecto obsesivo (síntomas de pensamiento) no está desprovisto de figurabilidad, pero no dispone del carácter figurativo corporal del síntoma histérico. La “neurosis de compulsión” tiene también de particular que en el tratamiento psicoanalítico solicita constantemente modos de representación consciente y que es incluso la consciencia sobreañadida la que constituye el síntoma (cf. “Diálogo sobre el síntoma” entre G. Didi-Huberman y P. Lacoste) . Habría que partir de esta bi-valencia para comprender mejor cómo el síntoma transforma al psicoterapeuta.

Desde la primera entrevista con un paciente –y esto es todavía más claro cuando se trata de un niño pequeño– es verdad que el síntoma acude, en el encuentro, al primer plano de nuestra percepción. Ya se trate de la manifestación sintomática de un estado depresivo, de un estado ansioso, bien de una evolución melancólica o delirante: sería cómodo describir las características “psiquiátricas” de los síntomas. En la consulta con vocación psicoterapéutica, los síntomas tal como aparecen de entrada tienen como primera función informar al práctico acerca del estado cotidiano del paciente y, sobre todo, desocializar el encuadre de la entrevista solicitando al mismo tiempo la disposición psíquica requerida para la puesta en

marcha de una construcción. Con toda seguridad, la observación del paciente no es aquí la del psiquiatra a quien se pediría una actitud prescriptiva. Sabemos, por otra parte, que en una consulta psicoterapéutica ocurre bastante a menudo que la expresión del síntoma se modifica rápidamente (v.g.: los lloros que sobrevienen al hablar, siendo inesperados para el paciente cuya expresión no es ya la misma que al principio de la entrevista): las modificaciones que se producen en el curso de la primera entrevista o ya entre las dos primeras entrevistas no ponen en cuestión lo que la primera observación ha hecho ver e imaginar, sino que dan testimonio de la plasticidad de la que el síntoma es capaz en el establecimiento de la transferencia.

Ciertamente, podríamos atenernos a la simple proposición de que la puesta en marcha de un trabajo psicoterapéutico consiste, por parte del terapeuta, en dejarse modificar y transformar (en sus propias representaciones) por la acción del síntoma. Podríamos decirlo con otras palabras avanzando la idea, muy freudiana, de que al tropezar con el obstáculo de la neurosis obsesiva, los analistas no han tenido el tiempo de descubrir y aprender el “dialecto” del que cada paciente es, en cierta forma, inventor. No tomar el tiempo para este descubrimiento, es también sobre-aislar el síntoma obsesivo como un signo representado (especie de gesto cerrado del lenguaje) así como dejarse capturar por la identidad de razonamiento de la que sería capaz nuestro pensamiento en virtud de la ilusión de la aparente familiaridad de los lenguajes. Porque eso es lo propio del lenguaje del síntoma - especialmente cuando atañe al pensamiento - pasar por un lenguaje común cuando las formas autóctonas son, por así decirlo, crípticas.

Mucho antes de 1900, Freud ya había comprendido que la apuesta terapéutica provenía de una actitud contratransferencial (antes de la escritura) que tendería en el terapeuta a rechazar el soñar el síntoma de su paciente. El sueño de La inyección de Irma - sueño de sueños ó prototipo del sueño del

analista - pone en escena a todos esos terapeutas, incluido el mismo Freud, que no entienden que ella sufre. Incluido Freud salvo que se trate del sueño de Freud en donde se inscribe en negrita la fórmula de la Lösung que es tanto la vía del lenguaje como la vía de la capacidad de regresión en el analista que hace posible la transferencia. La voluntad de actuar directamente sobre el síntoma del paciente no es otra cosa que el deseo de verlo desaparecer –por así decirlo por una influencia seductora (cf. El amor de Transferencia)– mientras que es a lo que el paciente se aferra lo más posible, y sobre todo lo que le mantiene en la seguridad de su identidad.

Georges Bataille tenía esta curiosa fórmula para designar la forma patética del síntoma llegando hasta lo informe: hablaba de ser “mirado por el síntoma”. Curiosa y muy fecunda inversión de la mirada clínica al estilo de Charcot para quien la forma observada del síntoma debe llenar la forma gestual del cuadro. Ser mirado por el síntoma reúne –como lo señala Didi-Huberman– el modelo del contagio visual que, para Bataille, es conocimiento de la eficacia psíquica de una forma deformante y transformante y, de ahí, conocimiento de la acción de lo psíquico a partir de aquello de lo cual la manifestación visible o representable sería el vector. No sería esto el síntoma en el tratamiento psicoterapéutico –¿el extraordinario poder atribuido a una manifestación formada a lo largo de toda una vida, hasta el punto de identificarse con el propio individuo (el individuo es el síntoma) y capaz de desmontar en el otro (el terapeuta) la ideología yoica de sus propias representaciones? Queda mucho por hacer para entender cómo, en cada cura, el paciente tiende a reconstituir transferencialmente en nosotros esta superficie neutra de inscripciones y a exigirnos que tomemos el tiempo de ver y saber cómo somos modificados. Después de todo, cada uno podría preguntarse al término de una cura cómo ya no es el mismo.

La comunicación psicoterapéutica pasa ciertamente por ahí. Y nos haría falta aquí conocer mejor cómo todo síntoma es

a la par una teoría de lo psíquico y una transferencia sobre objetos desconocidos. Se comprende tanto mejor que la transferencia sobre el terapeuta está muy lejos de poder ser elegida en lugar y plaza del síntoma.

#### **IV. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LOS PSICOTERAPEUTAS**

Tal y como me gusta repetirlo, una psicoterapia es un psicoanálisis complicado. Ciertamente, hay que desechar la idea de que el cara-a-cara psicoterapéutico (¿y por qué?), la menor frecuencia de las sesiones, la duración más limitada, etc. caracterizan una psicoterapia como un análisis menor. Pero el diagrama del modelo de la cura analítica standard – que juega todo su papel de formación psíquica interna en el analista–tendría aquí la ventaja de poner en evidencia la naturaleza de la complicación, pudiendo definir la psicoterapia. Se podría, por otra parte, simplificar las cosas diciendo que en una psicoterapia la persona del analista representa, con su presencia, la función de un tercero mientras que a él sólo le corresponde, no obstante, mantener la situación analítica. No es apenas útil el entrar en una casuística técnica que especifique de un modo u otro el parámetro interfiriente del tercero: éste puede ser un familiar al que habrá que recibir, el colega médico o psiquiatra al que el paciente acude a consultar regularmente, un organismo de la Seguridad Social, la medicación, etc. El diagrama de la situación analítica ofrece la insigne ventaja del tercero excluido y, por consiguiente, de un “aquí-en-dos” (“ici-en-deux”) según el cual la palabra puede hablar sin saber lo que tiene que decir ni a quién va dirigida. Y recordaremos, además, que la alucinación negativa que es constitutiva del llegar-a-ser-analista del analista y de su neutralidad ha sido, ya desde 1890, evocada por Freud como la capacidad para convertir a la persona en una presencia “transparente como el aire”. La

abstracción de la presencia es lo que hace posible para el paciente la memoria de la regresión transferencial.

Se trata, por lo tanto, menos de oponer psicoterapia y psicoanálisis que –al señalar la psicoterapia en el psicoanálisis– de reconocer que una psicoterapia tiene relación con las formaciones arcaicas de la vida psíquica y requiere, así, un cuidado extremadamente preciso y continuo (cualquiera que sea su duración) que compromete de forma íntensamente activa al analista en su propia vida psíquica. Ya se trate de la psicoterapia del psicótico, de los estados límites, de los pacientes que presentan una patología adictiva, o de los enfermos somáticos, etc., es inevitable verse impresionado por el entramado extremadamente denso en el que se presenta la técnica. Lo que digo aquí sirve igual, aproximadamente, para el trabajo psicoterapéutico con los niños.

Si se puede admitir que, poco antes de 1900, una teoría de la acción psicoterapéutica está ya a punto con su elaboración acabada, es cuando sobreviene en Freud la evidencia del fracaso, del cual sabrá más tarde que es imputable a un desconocimiento de la contratransferencia y a la omnipotencia terapéutica asociada a este desconocimiento. El sueño de la inyección de Irma –sueño de sueños, sueño en el origen del psicoanálisis, o incluso sueño de lo originario en la angustia de regresión del yo– es a la par el sueño que pone en escena a los terapeutas bufones impotentes para entender a Irma muda decir que sufre y el sueño en el que se escribe, “en negrita”, la solución (Lösung) de la fórmula química de la substancia sexual (trimetilamina) que es la solución del análisis. El sueño de Freud es el sueño del estallido del yo. Y la solución terapéutica está en esta capacidad de regresión del analista en su sueño o su angustia que le hace “ver la carne” (Lacan), lo informe. Dicho de otra manera, la solución terapéutica del psicoanálisis está en esa apropiación regresiva por parte del analista de los fracasos terapéuticos que ponen gravemente en peligro la vida de Irma. De ahí nos veríamos tentados, en efec-

to, a decir que una psicoterapia pone en un contacto tan cercano con lo primitivo informe –lo arcaico de uno mismo– que es después de esta visión cuando se ve lo que hay de más originario en las formaciones psíquicas del paciente. Es ahí, sin duda, donde el análisis kleiniano tiene todavía mucho que enseñarnos para nuestro trabajo analítico de psicoterapeutas.

En su artículo de 1949 acerca de “La Eficacia Simbólica”, Claude Levi-Strauss intentaba una comparación entre cura chamanística y cura psicoanalítica. Al final de su desarrollo, se refería al trabajo de la Sra. Sechehaye aparecido en 1947 sobre La Realización Simbólica y más particularmente al momento en que la psicoanalista pone en contacto la mejilla de su enferma con su pecho. Para Levi-Strauss, era quizás una oportunidad para ver al psicoanálisis –una psicoterapia– reunirse con la práctica del chamán para librar de su mal a la mujer encinta. El acento está, entonces, puesto en ese lenguaje en el que el gesto se efectúa y penetra a la enferma: la atención se encuentra aquí solicitada por la acción corporal de las palabras pronunciadas en la relación con el paciente –y, mejor todavía, por lo que transforma en eficacia (o realización) simbólica a un gesto en los intercambios con el paciente y en el espacio de este intercambio. Los que se ocupan de los niños autistas y de los niños psicóticos podrían dar testimonio de la aguda sensibilidad que recibe su propio cuerpo en la situación psicoterapéutica con el niño. Todo se vuelve infinitamente sensible y cada instante del cuerpo es ya una acción de realización simbólica.

Cualquiera que sea el interés de concebir la psicoterapia en relación con el síntoma, hoy en día es difícil permanecer ahí. Quizás hayamos permanecido, todavía, un poco prisioneros de ciertas formulaciones freudianas provenientes del “tratamiento de la histeria” en estrecha proximidad de Charcot. Ciertamente –como lo hemos avanzado aquí– conviene reforzar la “mirada” del síntoma sobre el terapeuta: es propiamente la condición psicopatológica de la disposición para emprender una psicoterapia. Pero ir más allá es, en efecto, entrar en la com-

prensión de procesos psíquicos de los que el síntoma es la piedra angular encargada de mantener una identidad y una integridad en el aparato psíquico y, por consiguiente, en el individuo. Es por esto por lo que la práctica psicoterapéutica no podría satisfacerse con esta idea de la “borradura” o del “recubrimiento” del síntoma (cf. La comparación de Freud entre escultura y pintura –per via di levare y per via di porre)

Me limitaré aquí a una única observación relativa a la formación de los psicoterapeutas. Todo lo que precede lleva a afirmar que es la experiencia del análisis personal y la formación psicoanalítica lo que se requiere en el trabajo psicoterapéutico con los pacientes. ¿Y es que hay lugar –como querrían ciertas asociaciones de psicoterapeutas– para concebir formaciones más breves, principalmente pautadas por la supervisión y también más diversificadas, habida cuenta de la variedad de las prácticas psicoterapéuticas? Estoy en desacuerdo con esa hipótesis. Además, hay mucho que apostar acerca de que una enseñanza consecuyente de psicopatología general, clínica y fundamental abriría los ojos acerca de las dificultades intrínsecas a la práctica de la psicoterapia.

## **V. RETORNO A LA PSICOPATOLOGÍA: SU IMPORTANCIA EN LAS INDICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

El recorrido que hemos efectuado aquí testimonia por sí solo –nos parece– acerca de la importancia que atribuimos al conocimiento de la psicopatología en las indicaciones psicoterapéuticas. Haciendo camino, hemos querido subrayar que la concepción que podemos obtener hoy en día de la práctica psicoterapéutica no podía ya ser la misma que la que prevalecía a comienzos de siglo, o incluso no sería la de los años sesenta.

Y, correlativamente, el lugar y la función de la psicopatología no podían más que verse modificados.

En una Entrevista concedida a una Revista brasileña en 1971, Michel Foucault pone de relieve el muy débil cientificismo del que daba testimonio la psicopatología en los siglos XVII y XVIII –e incluso en el siglo XIX hasta Freud. Ha insistido en varias ocasiones en esta “debilidad del aparato científico” comparativamente con lo que ocurría en la física o en la geometría, y después en anatomía y en fisiopatología (“verdaderas ciencias”) y habida cuenta del contexto económico y social del entorno (en el siglo XIX). Lo que Michel Foucault llama “debilidad del aparato científico” atañe tanto a la indigencia de los conceptos sacados generalmente de la medicina, pero queriendo emanciparse de ella, como a la ausencia de coherencia epistemológica en una disciplina que pretende ser un conjunto de conocimientos acerca del espíritu enfermo. La condena es, ciertamente, severa y lo es más a propósito de la psiquiatría –habiéndose el psicoanálisis, a su entender, automantenido en una posición ambivalente no llegando a romper verdaderamente con la psiquiatría y a ocupar el espacio de ésta.

No recordaría aquí las fuertes afirmaciones de Michel Foucault –cuyos trabajos acerca de la locura y la clínica han tenido un alcance considerable– si tales afirmaciones no conllevaran a la vez un esclarecimiento y una advertencia. Una aclaración: una psicopatología fracasa, en efecto, en él llegar a ser una ciencia –ya fuera ésta una ciencia del hombre– desde el momento en que proviene, de forma residual, de una medicina diagnóstica ya debilitada por una psiquiatría ignorante de aquello de lo que trata, a saber, lo que hoy día se denominaría la exclusión social. Bajo esta claridad epistemo-histórica, la psicopatología podría todavía –y ahí está la voz de alarma– constituir una pseudo-ciencia psicocrática de las indicaciones de tratamientos psicoterapéuticos. Y, en ese caso, no volveríamos a caer en aquello de lo que un siglo de psicoanálisis nos podía hacer esperar el haber escapado –una especie de re-medicalización disfrazada y extremadamente sucinta de las indicaciones de psicoterapia.



Entonces, ¿cómo pensar las cosas?

He defendido aquí el punto de vista de que el compromiso en una psicoterapia reposa sobre esa “observación psicopatológica” requerida por Freud frente a los filósofos y toda clase de pseudo-terapeutas que creen que basta corregir el juicio y la creencia del paciente y que predicán la relación intersubjetiva o, como ellos dicen, la “re-relacionalización”. Una observación semejante es, en efecto, indicadora de los obstáculos para el cambio. Deja ver lo que es lo más inquietante –por ser lo más extraño– y regula, por así decirlo, tanto la medida como los medios para la psicoterapia.

He sostenido aquí la idea de que una psicoterapia se entabla respecto al síntoma pero atañe a las formaciones más arcaicas de la vida psíquica. Y, en ese sentido, la comprensión psicopatológica es algo inherente a la regresión necesaria en el terapeuta para poder trabajar con su paciente. Es cierto que, según esta acepción, la psicopatología no puede entenderse más que en su concepción psicoanalítica.

Por último, si avanzo el proyecto de una psicopatología fundamental, es en el sentido en que los futuros conocimientos solicitan una confrontación crítica de los modelos de comprensión de los procesos psíquicos y psicopatológicos.



## **EL GRUPO DE REEDUCACIÓN: UNA MODALIDAD TERAPÉUTICA DE APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO\***

**Cecilia García Caballero\*\*  
y Montserrat Jaumejoan\*\***

Desde el comienzo de la exposición, iremos presentando determinados fragmentos clínicos referidos al tema que nos ocupa.

En primer lugar hablaremos del contexto en el cual se lleva a cabo nuestra práctica terapéutica, y qué consideramos por grupo de reeducación, así como los objetivos generales del mismo.

En segundo lugar, describiremos cuatro criterios de selección a tener en cuenta con anterioridad a la conformación del grupo reeducativo.

En tercer lugar destacaremos la importancia de la entrevista inicial con el niño y sus padres.

Y en cuarto lugar nos centraremos específicamente en nuestro grupo de reeducación, quiénes son los jóvenes adolescentes que lo conforman, la evolución de la dinámica grupal y la eclosión de sus intereses, ambos aspectos íntimamente relacionados con las características propias de la preadolescencia

---

\* EFPP Second European Conference on Group Psychoanalytic Psychotherapy From Fragmentation to Cohesion Indications for Group Psychoanalytic Psychotherapy Barcelona 28, 29 y 30 de Mayo de 1999.

\*\* Psicólogo.

En el Instituto de Psicología del Niño y del Adolescente del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, recibimos una extensa y variada gama de consultas de niños que requieren asistencia psicológica

En primer lugar se atiende a la familia por un período determinado de tiempo, –que varía según cada caso– con el fin de explorar sus expectativas y disposición frente a la ayuda psicológica que le podemos brindar.

Otra condición importante es obtener un mayor conocimiento recíproco, de manera tal que el niño y sus padres entren en contacto con nuestro enfoque dinámico y relacional. De acuerdo a cómo evolucionen los aspectos iniciales podremos determinar cuál es el tipo de ayuda recomendable en cada caso.

Al ser un servicio de asistencia pública observamos un considerable volumen de pacientes. La elevada demanda de niños que necesitan asistencia psicológica, posibilita la constante creación de grupos terapéuticos; es así como tenemos la oportunidad de realizar tratamientos grupales de distinta índole; grupos diagnósticos, de observación, de comunicación, de reeducación, de juego simbólico; y también grupos específicos de trabajo por ej. de madres adoptivas, de niños asmáticos y tantos otros.

Es nuestro interés centrarnos en el grupo de reeducación.

## **EL GRUPO DE REEDUCACIÓN**

El trabajo se basa principalmente en la idea de que el grupo terapéutico, en especial el grupo de reeducación constituye un espacio de aprendizaje en el cual los niños intercambian diferentes propuestas, ideas, proyectos, ansiedades, intereses y dificultades, mediante los distintos medios de expresión –verbal, para verbal, y lúdica– con el fin de resignificar su realidad tanto interna como externa.

Considerando el *fracaso escolar* como resultado de la *fragmentación* producida en la incorporación de las experiencias, y su falta de significación para el niño desde la perspectiva de Bion serían los elementos Beta, nuestro objetivo terapéutico es reconvertir dichos elementos Beta con el fin de que los niños den un nuevo significado y una *cohesión* a los aprendizajes que la experiencia les brinda –transformándolos en función Alfa.

Por lo tanto, el principal objetivo del grupo de reeducación es enriquecer su capacidad simbólica mediante la elaboración de una actividad en común en la cual los niños participen en su elección, plasmen sus ideas e inquietudes, y las compartan con los demás durante su realización.

En este sentido, podemos diferenciar el grupo de reeducación del grupo psicoterapéutico ya que el primero tiene como eje principal la elaboración de una actividad en común, mientras que el segundo, su principal instrumento terapéutico es la interpretación.

## **Material**

En un grupo de reeducación, el tipo de material empleado varía según cada grupo. Por lo general es un material inestructurado, una carpeta, hojas, un estuche con lápices negros y de colores, gomas, celo, bolígrafos, y tijeras. A medida que van surgiendo diferentes temas de interés incluimos, cartulinas de colores –elegidos por los chicos que conforman el grupo– y otros materiales estructurados, tales como revistas, libros, diccionarios o bien juegos de mesa, de ingenio, todos ellos relacionados con alguna propuesta grupal determinada.

## **Objetivos generales del grupo de reeducación:**

Citamos textualmente aquellos objetivos de grupo, claramente expresados por Eulàlia Torras

- Dar la oportunidad de expresarse, ser escuchado y escuchar, darse a conocer y conocer. Dicho espacio de escucha, favorece la disminución del sentimiento de soledad, de anormalidad, de ser un extraño al que le pasan cosas que no le suceden a ningún otro, mitiga sentimientos de culpa y permite acercarse con empatía a las emociones de los demás y con menor ansiedad a las propias.
- Promover cambios en las relaciones interpersonales regresivas.
- Mejorar la capacidad de compartir y aprender uno del otro.
- Movilizar y promover la evolución.
- Brindar un espacio para desarrollar el pensamiento creativo (Eulàlia Torras, 1996).

Desde nuestra perspectiva, observamos que el grupo de reeducación opera como un puente entre la realidad interna y la externa, proporciona una ventana hacia la elaboración de otras estructuras mentales, poniendo en marcha su capacidad de simbolización y resignificación de la realidad no sólo individual sino también grupal, permitiendo así el aprendizaje.

Teniendo en cuenta la teoría vincular del aprendizaje, hacemos hincapié en el trabajo paralelo con los padres, que asisten a otro grupo, proporcionándoles un espacio de escucha y de reflexión para que ellos puedan movilizar sus propios recursos con el fin de ayudar y acompañar al niño durante su evolución.

En cuanto a los niños que componen el grupo de reeducación, son niños que han sido atendidos por distintos clínicos los cuales recomiendan un trabajo grupal.

Dichas indicaciones son registradas en una lista destinada al tratamiento de reeducación grupal, en la cual se incluyen los nombres de los niños, fecha de nacimiento, número de historia clínica y nombre del clínico encargado de realizar el seguimiento.

Por lo tanto, cuando nos proponemos organizar un grupo de reeducación, buscamos esta lista de niños.

### **Criterios de selección:**

En un primer momento, tenemos en cuenta la edad de los niños o adolescentes, es decir, que sean de edades próximas, –como máximo– de uno a un año y medio de diferencia entre ellos, para que sus experiencias evolutivas puedan ser compartidas dentro del grupo de pares.

En nuestro grupo tenemos a cuatro niños cuyas edades se sitúan entre los 12 años y medio y 14 años, es decir que están en plena pubertad.

Pablo: 14 años y 2 meses

Diego: 13 años y 10 meses

Albert: 13 años y 6 meses

Ricard: 12 años y 7 meses

Pero dicho criterio por sí sólo no es suficiente, por lo tanto, para realizar una adecuada elección de los niños, nos remitimos a su historia clínica. En ella podemos obtener datos significativos tales como “motivo de consulta”, “estructura de personalidad predominante” y “relación terapéutica”.

1. Motivo de Consulta: Valoramos a aquellos niños que tengan una problemática vinculada al proceso de aprendizaje, tales como dificultad para asimilar y relacionar conocimientos; dispersión, falta de concentración, falta de motivación, desinterés por la escuela, inhibición cognitiva y trastornos de lecto-escritura.
2. Estructura de Personalidad: Valoramos la actitud y comportamiento del niño, así como sus recursos internos y capacidad para relacionarse con los demás, aspectos que han sido explorados durante el proceso diagnóstico inicial.

En nuestro grupo incluimos aquellos niños con alteraciones de tipo neurótico, excluyendo aquellos niños encopréuticos,

psicóticos, niños en situación de crisis familiar o personal y duelos agudos, porque consideramos que necesitan una ayuda individualizada o bien un grupo específico de trabajo.

3. Relación terapéutica: El tipo de relación terapéutica que tanto el niño como los padres establecen con el clínico que realiza el seguimiento, nos brinda datos significativos sobre la disposición de la familia a recibir ayuda psicológica. Uno de estos factores es el grado de interés y compromiso adquirido con el trabajo terapéutico.

El tercer paso es la realización de la entrevista inicial con cada niño y sus padres<sup>1</sup> con el fin de:

- Establecer el setting externo, plantear el horario, la duración y frecuencia del tratamiento de reeducación grupal.
- Permitir que el preadolescente pueda conocernos con anterioridad a la creación del grupo, aclarar dudas y dar una consigna clara sobre el grupo de reeducación.
- Saber cuáles son las expectativas del niño y sus padres respecto al tratamiento ofrecido.
- Destacar la disponibilidad del niño para venir al grupo, así como también valorar la disposición de los padres a acudir al grupo paralelo, comprometiéndose terapéuticamente al setting.

A continuación presentaremos un fragmento de una entrevista inicial destacando las primeras impresiones que el niño y sus padres expresan en este primer encuentro.

Durante la entrevista con Diego y su madre nos llamó la atención ver a una madre tan joven junto a su hijo que ya pre-

---

<sup>1</sup> Algunos psicoterapeutas prefieren conocerles directamente en la primera sesión del trabajo grupal, en cambio nosotras, adoptamos esta alternativa porque pensamos que el encuentro previo entre el niño, sus padres y las terapeutas nos brinda considerable información que nos permite plantearnos las primeras hipótesis acerca del futuro grupo de reeducación y así como también del futuro grupo paralelo de padres.



senta un aspecto físico de adolescente. De entrada observamos a una madre ansiosa, con necesidad de saber de qué se trata el grupo de reeducación. Ella es quien se encarga de preguntarnos y nos da pie para explicarle el setting.

En cuanto a la relación madre-hijo: Vemos que se mantiene una relación sobreprotectora, e invasiva por parte de la madre y en algunos momentos hasta toma una actitud desvalorizante respecto a su hijo.

Durante la entrevista, Diego está tenso, silencioso, sumiso, mirando continuamente a su madre. Cuando realizamos una pregunta al niño, él mira primero a su madre y luego responde. En otros momentos, es su madre quien le quita la palabra y responde por él, sin darle tiempo a expresarse por sí mismo.

A medida que transcurre la entrevista la madre comienza a poner excusas para venir al tratamiento, menciona posibles y futuras ausencias, actitud que asociamos con otras secuencias de la vida de Diego, en la cual la madre no pudo establecer un vínculo de confianza con el profesional originando un cambio reiterado de tratamientos.<sup>2</sup>

Por lo tanto, esta situación originó ciertas dudas acerca de la disponibilidad de la madre a acudir al grupo de padres.

El cuarto paso es relacionar los datos de la anamnesis, el período de seguimiento y la entrevista inicial con el niño y sus padres con el objetivo de elaborar las primeras hipótesis sobre las posibles pautas de interrelación que pueden desarrollarse en el grupo de reeducación.

A partir de esta primera aproximación con el niño y sus padres podemos establecer un foco de trabajo, en el caso par-

---

<sup>2</sup> Relacionando algunos datos de la historia clínica y la entrevista inicial observamos una estrecha relación entre la dificultad de alimentación inicial y la dificultad de Diego para asimilar conocimientos y en particular nos llama la atención la actitud que la madre adopta frente a la resolución de estas dificultades. En otras palabras, nos preguntamos de qué manera la patología de los padres influye u obstaculiza el tratamiento.

particular de Diego es ofrecerle un espacio personal en el cual pueda cuestionarse qué es lo que quiere y un lugar que le permita diferenciarse de su madre en quien delega completamente sus decisiones.

## **CASO PRÁCTICO: EL GRUPO DE REEDUCACIÓN**

En un primer momento describiremos cuándo comienza y cuándo acaba el grupo, luego presentaremos a cada uno de los niños, su historia clínica, estructura de personalidad predominante, los puntos que se destacan de la anamnesis y del período de seguimiento.

El trabajo de reeducación grupal comienza a principios de Noviembre del 98, con una frecuencia de una sesión por semana de una hora de duración. Tenemos previsto acabar el tratamiento en la última semana de Junio de este año.

Como dijimos, el grupo está compuesto por cuatro “niños púberes” de edades comprendidas entre 12-14 años y dos terapeutas.

Presentaremos una síntesis sobre la historia clínica de cada niño, teniendo en cuenta el motivo que les ha llevado a consultar, su estructura de personalidad predominante, la estructura y dinámica familiar y nuestras primeras impresiones extraídas a partir de la primera entrevista realizada con cada niño y sus padres.

### **1. Pablo: Edad: 14 a. 2 m.**

**Motivo de consulta:** En la escuela se bloquea, se cierra. Se frustra con facilidad y le cuesta disfrutar de las actividades. Es poco expresivo, muestra tendencia al aislamiento y la pasividad. Manifiesta dificultades de pensamiento, le cuesta asimilar los temas tratados. Su actitud produce un bajo rendimiento escolar.

**Estructura de Personalidad:** Predominante: Inmaduro-regresivo.

**Estructura Familiar:** Tiene una hermana mayor de 17 años y un hermano gemelo. Cuando Pablo tenía dos años y medio sus padres se separaron. Su madre se casa nuevamente –con Sergio– quien acude periódicamente a las entrevistas de seguimiento.

El clínico observa a la madre muy angustiada, nerviosa, con poca capacidad de contención. Da pautas y normas muy severas a sus hijos.

**Entrevista inicial:** Acuden Pablo, su madre y Sergio, la pareja de su madre. Durante toda la entrevista Pablo se mantiene callado y silencioso, mirando hacia abajo. En un principio, la madre se muestra reticente a venir al grupo ya que desearía una ayuda individual. En cambio su pareja, considera que si el niño viene, ellos también están dispuestos a participar en el grupo de padres apoyando así el tratamiento.

## 2. Diego: Edad: 13 a. 10 m.

**Motivo de consulta:** Dificultades para leer y escribir. No se concentra y por lo tanto no entiende el contenido de lo que aprende. Le cuesta expresarse, y necesita tiempo para ello.

Diego es consciente de su dificultad y se frustra.

**Estructura de Personalidad:** Predominante: trastornos reactivos transitorios y Psicopática caracterial.

De los datos de **la anamnesis** nos llama la atención la particular dinámica creada entre la madre y el niño en relación a las dificultades de alimentación y de aprendizaje. Por ej.: Cuando el niño era pequeño no podía digerir la leche y la madre no sólo cambiaba de leche sino también de pediatra.

Durante el seguimiento observamos otros ejemplos de la misma dinámica. La madre duda que la escuela ayude a Diego

y por eso piensa en cambiarle a una escuela especial para niños “disléxicos”. Finalmente desiste de la idea.

**Estructura Familiar:** Padre y madre y dos hijos varones. Diego es el mayor, luego le sigue Eric, dos años menor. Madre desorientada, no tiene autoridad, sobreprotege a Diego. Rivalidad y celos hacia el hermano pequeño.

Nuestra primera impresión es que vemos a una madre con dificultades para comprometerse e implicarse en el tratamiento de su hijo.

### **3. Albert: Edad: 13 a. 6 m.**

**Motivo de consulta:** Presenta dificultades de pensamiento y simbolismo. Es un niño lento, apático, confundido. Ha acumulado reiterados fracasos escolares.

De su **historia clínica** destacamos que durante el parto hubo sufrimiento fetal. Cuando era bebé, asistió al servicio de atención precoz.

**Estructura de Personalidad:** Predominante: Borderline, con elementos depresivos.

Si bien Albert tiene un carácter extraño, ha manifestado aspectos depresivos observados a lo largo del tratamiento grupal. En otros momentos ha realizado actuaciones provocadoras dentro de las sesiones, que en parte están asociadas a la etapa evolutiva por la que en este momento atraviesa. Pero si dicho comportamiento persiste en el tiempo, puede originar una desviación en la personalidad.

Tiene muchas dificultades para adecuarse a situaciones sociales, y relacionarse de forma gratificante con los demás.

Se manifiesta una continua relación de provocación con la madre.

Actualmente, unas de las principales dificultades de Albert es que la escuela primaria le ha obligado a saltar el último año

de Primaria porque no podía repetir nuevamente. Es por ello que Albert debió comenzar la secundaria sin las suficientes bases académicas ni emocionales como para soportar el cambio.

No hubo una adaptación curricular individualizada ni tampoco el Instituto tenía conocimiento de su marcada dificultad de aprendizaje.

**Estructura familiar:** Los padres se separaron cuando Albert era muy pequeño. Después de unos años la madre se casa nuevamente y tiene una niña. La madre explica que desde que Albert nació ha hecho todo para ayudarlo. Actualmente está muy desbordada y deprimida.

Durante la **entrevista inicial** Albert se presenta apático, desmotivado. Sin embargo la madre se la ve muy necesitada de ayuda y con interés por venir al grupo de padres.

#### 4. Ricard: Edad: 12 a. 7 m.

**Motivo de consulta:** dificultades de pensamiento y simbolización. Niño desorientado y confundido. Dificultades de comportamiento, agresividad. Repite dos años de párvulos. Le cuesta aceptar las reglas.

**Estructura de Personalidad:** Fóbico-ansioso, con un fondo psicótico?

**Estructura Familiar:** Se identifica excesivamente con los problemas de los demás. Manifiesta celos de la hermana pequeña.

Muestra tendencia al aislamiento.

El clínico que realiza el seguimiento observa a unos padres inseguros. La madre se presenta muy deprimida.

Desde el punto de vista de la relación madre e hijo se detecta una mala distancia entre ellos.

En el transcurso de la **entrevista**, el niño se muestra inseguro por venir al grupo, sin embargo su madre está interesada

en la ayuda que le ofrecemos. Se muestra muy dispuesta a formar parte del grupo paralelo.

Como hemos visto, el motivo que les ha llevado a consultar al Servicio de Psicología es principalmente las dificultades en el aprendizaje escolar, provocadas por dificultades de pensamiento y simbolización.

Observamos que existen una serie de factores que influyen en la evolución del desarrollo; existe una tendencia al aislamiento y la pasividad, inhibición y dificultades importantes para organizarse. Aparecen aspectos confusionales y de inseguridad.

Estos factores generan en ellos sentimientos de inadecuación y malestar en distintas situaciones, impidiéndoles disfrutar de lo que tienen; se cierran y se frustran con facilidad, siendo todo muy negativo.

Hay una inadecuación de sus deseos, una dificultad de relacionarse de manera gratificante con los demás, manifestándose dificultades en situaciones sociales.

Todos estos aspectos se han puesto en evidencia en la situación de grupo, pero también de forma diferenciada.

Cada uno de los componentes aporta, de diferente manera, sus dificultades y ansiedades. Están en un momento de su evolución en la que existen muchos cambios, tanto internos como externos y en el que no saben cómo actuar. Están saltando entre dos mundos. El mundo infantil en el que aún son niños y funcionan enganchándose y dependiendo de los demás, delegando funciones. Y el mundo adulto, en el que se les pide o exigen ser ya adultos.

En el grupo esta ambivalencia entre ambos mundos se presenta constantemente. Podemos ver sus ganas de ser mayores y que se los trate como tales, pero también emergen momentos regresivos en los cuales los niños ponen en marcha sus aspectos más infantiles, quieren ser el centro de atención, piden que se les cuide y se les diga lo que deben hacer.

## Tratamiento Reeducativo Grupal

Nombre	Edad	Curso Escolar	Estructura Familiar	Observaciones de la Evolución grupal
Pablo	14 a. 2 m.	2.º ESO		"Tú a Londres y yo a California" Le gustan los perros y quiere tener uno
Diego	13 a. 10 m.	1.º ESO		Ausencias reiteradas y continuas
Albert	13 a. 6 m.	1.º ESO		Le obligaron a saltar el último curso de primaria
Ricard	12 a. 7 m.	6.º Primaria		"El muñeco diabólico"

## Dinámica Grupal

Durante las primeras sesiones la tendencia de los niños era esperar que nosotras las terapeutas dirigiéramos al grupo (realizando preguntas, proponiendo actividades); ellos se mantenían en una actitud pasiva y dependiente. Los silencios eran muy frecuentes. Desde el punto de vista de Bion, el grupo se presentaba bajo la influencia del supuesto básico de dependencia, los niños tomaban una actitud acrítica y de obediencia frente a la palabra de las terapeutas.

A medida que se familiarizaron con la técnica reeducativa, fueron capaces de aumentar el grado de participación, implicándose emocionalmente con el objetivo grupal. El primer tema que trajeron fue su sensación de "aburrimiento" frente al grupo de trabajo, de esta manera pudieron establecer un puente con aquellas sensaciones de aburrimiento que viven cotidianamente, en el colegio y en su casa. Llegaron a la conclusión de que era mejor venir al grupo antes que quedarse en su casa y no hacer nada.

Luego aportaron temas que les preocupaban con respecto a la relación que mantenían con sus profesores, sus compañeros de clase y sus familias. Comenzaron a manifestar su dificultad para comunicarse con sus padres cuando obtienen malas notas en la escuela, o bien cuando son castigados.

Estos temas iban también acompañados por otros relacionados con el mundo externo, trajeron noticias de actualidad, uno de ellos “el espectáculo de David Copperfield”, “el mago”. A través de sus distintas consideraciones sobre el tema podemos observar motivos inconscientes que se manifiestan en ellos. Por un lado el deseo de tener terapeutas magas que le resuelvan mágicamente el problema de aprendizaje así como otros que van surgiendo en relación a la pérdida del mundo infantil y sus padres ideales.

A partir de distintos comentarios acerca de películas que causaron impacto en ellos por ej. “Titanic” surgió la idea dibujar algo que se refiriera a una película con el fin de que los demás pudiésemos deducir de qué película se trataba. Este fue el primer trabajo grupal entorno a una actividad e interés en común.

A continuación presentaremos un fragmento de esta sesión.

“En un principio les cuesta comenzar, Diego pone un lápiz en medio y lo hace girar para ver quién comienza, le toca a Pablo, pero no quiere y lo hace girar nuevamente, sale Albert quien se niega a comenzar. Delegan en nosotras el comienzo del juego. Por lo tanto establecimos una analogía entre el trabajo grupal y el trabajo escolar, verbalizándoles “cómo les cuesta organizarse, comenzar y ponerse a trabajar”.

En el transcurso del juego surgieron películas significativas en la cual los niños manifiestan sus propias inquietudes acerca de su historia y su identidad. Por ej: “Tú a Londres y yo a California” fue una película escogida por Pablo, quien tiene un hermano gemelo y sus padres se separaron cuando tenían 2 años y medio. En este ejemplo podemos ver cómo Pablo se identifica con las protagonistas: ellas representan a dos niñas gemelas que las separan cuando eran muy pequeñas y van a vivir a distintas ciudades, pero luego el destino las junta. El muñeco diabólico escogida por Ricard el niño que tiene temores nocturnos: miedo a la oscuridad y a los fantasmas.



En una de las sesiones Pablo manifiesta su envidia y celos hacia su madre ya que él desea tener un perro pero su madre no quiere. El niño expresa que cuando su madre era pequeña tenía muchos animales pero como no los cuidaba, cree que su hijo –Pablo– hará lo mismo y por ello no le regalará un perro. Pablo concluye que su infancia ha sido una “infancia horrorosa”. Los demás niños explican también sus propias vivencias y deseos de tener o no un perro a quien cuidar.

A partir de allí, consideramos que podríamos rescatar el tema de los perros, y sus distintas formas de relacionarse con el hombre, –como animal de compañía, como guardián o perro de ataque– para emprender una actividad reeducativa. La coincidencia entre el tema trabajado y los hechos desencadenados en ese mes permitieron que relacionásemos los distintos “accidentes” producidos por perros de razas peligrosas que mataron a niños pequeños. Fue una actividad que duró unas 3 sesiones.

La actividad consistió en un juego, en el cual uno debía escoger un animal y a través de preguntas (referidas al tamaño, tipo de pelo, lugar de origen), los demás debían deducir cuál era “la raza escogida”. Para ello empleamos una “revista específica de Perros”. También Pablo trajo dos revistas que las incluimos en el trabajo grupal.

A medida que vamos conociéndonos se van dilucidando modificaciones en la dinámica grupal, se ponen en marcha mecanismos evasivos que impiden la realización de una tarea en común. Desde el punto de vista de Bion, el grupo funciona bajo el supuesto básico de ataque-fuga.

En este momento del grupo, es muy significativa la resistencia al cambio, les cuesta adaptarse a las nuevas ideas que impliquen trabajo, esfuerzo, ponerse a pensar y cuando uno de los chicos del grupo desea trabajar, los demás le impulsan a mantenerse en la misma posición anterior. Este tipo de dinámica se mantuvo presente en distintos grados a lo largo de

diferentes sesiones, en particular cuando trajeron como tema principal “la guerra” y la “sexualidad”.

La contención y la verbalización constituyeron los principales medios para poner en palabras las intensas emociones manifiestas en este difícil período grupal en el cual los chicos expresaron su dificultad para implicarse en la ejecución de cualquier actividad reeducativa.

Paulatinamente, y a medida que nos acercamos al final del tratamiento hemos observado la puesta en marcha de modificaciones significativas en la modalidad de funcionamiento grupal. Los chicos se manifiestan más interesados en colaborar en la realización de una tarea grupal, enfrentándose al dolor y al trabajo que supone el aprendizaje.

## **ACTITUD DE LOS NIÑOS PÚBERES FRENTE AL TRABAJO DE REEDUCACIÓN**

### **La eclosión de los intereses**

Durante las primeras sesiones sus preocupaciones se referían a la escuela, las dificultades entorno a los profesores, a los compañeros de clase y las repercusiones que dichas dificultades tienen en su entorno familiar, en particular en la relación de ellos con sus padres. Surgió el tema de los castigos, las expulsiones, las malas notas.

Luego vino otra etapa, la de preocuparse por situaciones actuales y que pasan en el mundo “el Huracán que azotó Honduras”, “la exploración del espacio”, “la creación de la Tierra”, “cómo se extinguieron los dinosaurios”. Los chicos comenzaron a manifestar su inquietud por la creación y destrucción del mundo, el comienzo y final de la vida.

A medida que el grupo evoluciona, esta inquietud se dirige cada vez más hacia situaciones vitales más próximas, por ej, cómo será el ser humano dentro de 500.000 años, la historia

de la humanidad y la segunda guerra mundial, llegando finalmente a sus propias vivencias actuales, expresaron su inquietud y curiosidad por distintos temas que son prohibitivos por ej. “el fumar, las drogas, las películas X”.

Es en ese momento donde observamos en ellos un aumento en la intensidad de sus emociones y fantasías, trajeron al grupo, su dificultad para concentrarse en sus estudios ya que sus inquietudes se dirigen hacia ellos mismos “su propio cuerpo”, manifestándonos su preocupación hacia la masturbación.

También expresaron con claridad el desprecio y el rechazo hacia el sexo opuesto, manifestada en sus actitudes despectivas e intimidatorias hacia nosotras “terapeutas mujeres”. Mediante la contención y la verbalización de dichas emociones, pudimos visualizar una modificación paulatina en las actitudes provocadoras, ya que éstas fueron transformándose en temas a ser tratados en grupo. Se observó un mayor interés por escucharse y ser escuchados.

En un principio observamos que los intereses manifiestos de los miembros del grupo, se dirigen hacia el mundo externo “¿qué pasa en el mundo?”. A medida que el grupo evoluciona podemos observar cómo las inquietudes de los chicos intentan responder a “qué pasa conmigo” pregunta dirigida hacia el mundo interno y personal de ellos mismos. Podríamos decir que la evolución de los intereses manifiestos en el transcurso del tratamiento grupal, se presenta como un movimiento en espiral que va desde fuera (mundo externo) dirigiéndose cada vez más hacia dentro (mundo interno) para luego realizar el movimiento inverso “desde dentro hacia fuera”.

La continuidad y permanencia de ambos movimientos en el grupo de reeducación han permitido que los temas –que en un principio surgieron de manera muy superficial–, fueran cuestionados y analizados progresivamente con mayor profundidad, surgiendo diferencias cualitativas, entre una sesión y otra, por su forma de abordar los mismos.

En este sentido, estamos de acuerdo con A. Aberastury en que el preadolescente busca una solución teórica de todos los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo, por ej. el amor, la sexualidad, la filosofía, la religión y su rol como adulto dentro de la sociedad.

### **La regresión preadolescente**

A los 4 meses de comenzado el tratamiento de reeducación, los jóvenes adolescentes comenzaron a manifestar un notable contraste en cuanto al tipo de comunicación empleado por los niños para expresar sus preocupaciones y deseos, destacando las actitudes predominantemente regresivas, dificultad para aceptar las propuestas, más aún cuando provienen de nosotras las terapeutas; necesidad de controlar el ambiente físico; inquietud; poca capacidad de insight y tendencia hacia la acción. Todas estas manifestaciones reunían el carácter regresivo del grupo y su principal preocupación y exigencia giraba entorno al “temor a hacerse mayores”.

No era posible tratar en profundidad los temas que le preocupaban, automáticamente tendían a dominar el ambiente físico, ya sea con gritos, apagando la luz, o cambiando de sitio la mesa y las sillas del despacho.

A medida que fuimos poniendo palabras a sus distintas formas de manifestar el miedo a crecer y a hacerse mayores, los chicos paulatinamente pudieron implicarse cada vez más en una actividad o juego en común.

Ahora, presentaremos un fragmento de sesión:

Después de un momento de irritación y alboroto, logramos que los chicos puedan sentarse alrededor de la mesa. Proponemos dibujar, de manera tal que los chicos puedan contenerse, evitando así la provocación. A medida que vamos dibujando y expresando lo que sentimos, Pablo explica “que le gusta una marca determinada de coches”. Es allí cuando una de

nosotras, realiza la propuesta de “pensar sobre distintas marcas de coches”.

En un principio parecían no escuchar pero luego de unos minutos Pablo responde: “yo ya tengo nueve marcas de coches!!”.

Explicamos a los demás que entre todos podríamos pensar en otras marcas.

Ricard se une espontáneamente a la actividad, diciendo “yo las escribiré en un papel”.

Y ¿cómo nos organizaremos? –les preguntamos.

Pablo responde: “que cada uno diga una marca por vez”.

Una de nosotras pregunta, “¿y quién comienza?”

Ricard dice “va, comienza tú” señala a Pablo, luego tú, — señalando a Albert—, y así por orden.”

Todos participamos en la realización de la lista.

Luego los chicos pudieron pensar en otras cosas que les interesa “los coches fórmula uno” y “los distintos grupos musicales” ya sean nacionales o internacionales.

En este pequeño fragmento podemos observar que en un principio fue Pablo quien comenzó a tomar una mayor capacidad de introspección, distanciándose progresivamente del movimiento regresivo. Luego le siguió Ricard y por último Albert que es el niño que manifiesta mayores dificultades en el momento de elaborar cualquier propuesta significativa.

Luego de varias tentativas, poco a poco hemos podido disminuir la tendencia del grupo a refugiarse en actitudes regresivas.

A medida que dejamos que se expresen, desenmarcamos sus provocaciones –abriéndonos al diálogo– y contenemos sus emociones, los chicos van tomando una actitud diferente hacia el tratamiento en grupo.

Ahora que estamos a 3 sesiones de acabar la terapia reeducativa, por un lado hemos observado que en algunas sesiones los chicos han manifestado una marcada implicación y un esfuerzo por elaborar algo entre todos que pertenezca al grupo y que permanezca en la mente de cada uno como un recuerdo constructivo del grupo de reeducación.

No obstante, también vemos que persisten intensos momentos de excitación y regresión, los cuales producen continuos altibajos emocionales que repercuten en no sólo en la tarea grupal, sino también en la elaboración del final del tratamiento en grupo.

**La ambivalencia característica de la pubertad (presente en la actividad reeducativa. Cómo transformarla en experiencia significativa).**

A medida que progresa el trabajo reeducativo comienza a destacarse un notable contraste en cuanto al tipo de comunicación empleado por los niños para expresar sus preocupaciones y deseos.

En algunas sesiones hemos observado un marcado movimiento progresivo ya que los niños traen a la sesión temas tales como la guerra y la sexualidad. Luego observamos el movimiento “regresivo”, mediante el cual los niños buscan un refugio en juegos infantiles tales como el come-cocos como una forma de protegerse de su propia necesidad de independencia, buscando en el mismo, “respuestas mágicas” que le permitan reconectarse con su propio pasado y así enfrentar el futuro.

Las modificaciones que los niños púberes sufren giran entorno a su propio cuerpo, a sus intereses y a su rol dentro de su ambiente. Dichos cambios, al principio son vividos como una invasión, llevándoles a retener como defensa muchos de sus logros infantiles aunque también coexisten el placer y el deseo por alcanzar un nuevo estatus.

Sin embargo, este enfoque es incompleto sino tomamos en cuenta la otra cara del problema “la ambivalencia y la resistencia” por parte de los padres a aceptar el proceso de crecimiento de sus hijos. (A. Aberastury).

## BIBLIOGRAFÍA

1. EULÀLIA TORRAS DE BEÀ (1996) “Grupo de Hijos y de Padres en Psiquiatría infantil psicoanalítica”. Ed. Paidós.
2. ARMINDA ABERASTURY “La Adolescencia Normal”. Cap. “El Adolescente y la Libertad”
3. PETER BLOS (1993): “Los Comienzos de la Adolescencia”. Amorrortu Editores.
4. W.R. BION (1980) “Experiencias en Grupos”. Editorial Paidós





## **GRUPO DE MADRES CON HIJOS ADOPTADOS\***

**Núria Beà\* y Àurea Quintana\*\***

El Grupo que presentamos tiene la característica especial de que sus componentes son madres con hijos adoptados. La razón de publicarlo es que se trata de una experiencia poco frecuente, que ha resultado muy enriquecedora y a momentos emocionante para nosotras. El tema de la adopción es de absoluta actualidad y pensamos que nuestra experiencia puede ser de mucha utilidad a otros profesionales que se encuentren confrontados con él, tanto a través del trato con padres que hayan adoptado como con hijos adoptados.

Empezaremos con una breve introducción para situar el Grupo que después ilustraremos a través de diversas viñetas clínicas que nos permitirán mostrar y discutir su evolución.

### **ADOPCIÓN**

La familia ha mantenido siempre dos funciones fundamentales: 1) La función biológica de reproducción y 2) la función de crianza y educación dentro de cada sociedad.

En la adopción estas dos funciones fundamentales están separadas porque los que harán la función de la crianza no son

---

\* Versión modificada de este trabajo fue presentada en un Workshop del Congreso de la Federación de Psicoterapia Psicoanalítica, sección Grupos celebrado en Barcelona los días 5 y 6 de Junio de 1999

\*\* Fundación Eulàlia Torras de Beà (Hospital de la Creu Roja; Barcelona)

los mismos que dieron la vida a este niño. Por tanto una función no es consecuencia de la otra.

El niño, después de la concepción, de los 9 meses de gestación y en algunos casos, de un periodo de vida más o menos corto junto a la madre biológica, sufre la pérdida de esta primera relación, y la fractura de su historia.

Por otro lado, hay un hombre y una mujer que han deseado prolongar sus orígenes y los orígenes de sus orígenes para traspasar —a través de un hijo— la humanidad y al no poder engendrar se les ha fracturado también esta cadena de vida.

Por tanto el encuentro entre este hombre, esta mujer y este niño no se da de forma consecuente y natural sino que es un encuentro **forzado**. En medio de los tres hay una historia que no les es común: la historia del niño previa al encuentro y la historia de los padres, con todas las pérdidas y las renunciadas que han sufrido y han tenido que hacer. El encuentro se da en este vacío, en este agujero negro. Y esto nunca se puede desestimar y además habrá que trabajarlo. Y este trabajo es difícil, porque no es lo que se hubiera deseado. ¡porque duele!. Pero si esto se niega, si se le quiere quitar importancia, no se aborda, no se trata ni comparte, los fantasmas de las historias anteriores no permitirán que padres y niño se adopten unos a otros.

Y este proceso de adoptarse es largo y a menudo dificultoso e incluso penoso porque se da en la ambivalencia y contradicción: lo deseado por ser necesario, también es aborrecido por ser impuesto. Es el sufrimiento del trasplante y en el trasplante hay rechazo. Igual que un cuerpo que necesita recibir un órgano extraño a su naturaleza para sobrevivir, rechaza este mismo órgano, los niños que necesitan unos padres también para sobrevivir, sentirse queridos y reconocidos, sienten a la vez cierto rechazo por esta situación. Estos padres adoptivos les son extraños a su sangre, a su piel, a sus olores y sabores, ritmo y cultura que son su persona-humanidad que viene de la humanidad de otros seres que le han dado el lugar

en el mundo. La labor de **implantar** deberá ser tratada y cuidada pacientemente para poder conseguir el entretejido, la urdimbre de “la amistad de la crianza”, de esta historia de amor.

## EL GRUPO

Si bien siempre hemos recibido consultas de padres adoptivos (y por tanto de hijos adoptados), dado el auge actual de la adopción cada vez tenemos más consultas de niños y niñas entre cuyos antecedentes se encuentra el de haber sido adoptados. Valoramos que las madres se encuentran en circunstancias muy distintas que las madres biológicas y que han tenido pocas oportunidades de compartir esta experiencia (la adopción) con otras madres en circunstancias similares. Este hecho motivó la idea de iniciar un Grupo con madres de hijos adoptados para permitirles poder conversar a fondo todas las circunstancias relativas a la adopción que están forzosamente presentes en la relación con sus hijos.

El objetivo del Grupo es ofrecer a las madres un espacio para compartir la experiencia de ser madres adoptivas, de tener hijos adoptados. Dimos importancia capital a la vertiente solidaria, desculpabilizadora, de darse ideas y apoyo en general, entre ellas. Pensamos que es fundamental dar a estas madres un espacio para plantearse la relación entre ellas y sus hijos. Las Terapeutas teníamos “in mente” que sería importante poder hablar de la adopción y de todas las circunstancias que la envuelven. Partíamos de la idea de que haberlo podido pensar, hablar y compartir les permitiría asumirlo mejor y abordarlo dentro de la familia y en particular con sus hijos, con mayor serenidad.

En segundo lugar, pero no menos importante, el Grupo ha tenido la función de ayudar a diferenciar qué conductas de los niños son propias de su edad (tres de ellos están en el inicio de

la adolescencia) cuáles son más propias de la personalidad del chico en concreto y cuáles son debidas a la situación de adopción, etc. Las madres pasan alternativamente de atribuirlo todo a este hecho a negar que haya tenido alguna importancia.

Las madres que asisten a este Grupo habían consultado al Servicio por diversas causas. El Clínico que les atendió hizo las indicaciones terapéuticas pertinentes para cada caso y consideró útil que las madres asistieran a un Grupo. Las edades de los niños y la edad en que fueron adoptados son distintas. Coinciden en que todos los procesos de adopción fueron nacionales o sea que todos los niños fueron adoptados en España.

Cuando diseñamos el Grupo pensamos de entrada en que también pudieran asistir los padres, pero en el momento de organizarlo resultó que sólo un par de ellos podrían venir y aún sin poder asegurar su continuidad. Esto nos decidió a plantearlo como un Grupo de Madres ya que sabemos que la relación madre-hijo adoptivo tiene unas connotaciones muy distintas de la que se establece con el padre. La renuncia biológica que tiene que hacer la mujer que no puede concebir es mucho mayor que la que hace el hombre. Para el hijo también es distinto el sentimiento de pérdida de una u otra relación. No en vano los hijos adoptivos se plantean buscar a su madre biológica y raramente se preguntan por quién pudo ser su padre.

Como técnica usamos la conversación libre según la asociación de ideas de las componentes del Grupo. Desde el principio tuvimos en cuenta la posibilidad de usar técnicas de activación cuando se considerara necesario. Como técnicas de activación escogimos:

Mostrar unos dibujos sencillos relativos a la relación padres-hijos adoptivos. Son viñetas que ilustran situaciones posibles y van acompañadas de unas frases referidas a las necesidades del niño y las conductas que pueden aparecer después de la adopción.

Pasar la película “La adopción, otra vida” en que padres adoptantes y algunos adultos que fueron adoptados de niños, cuentan su experiencia; alternándolo con imágenes de niños, del primer encuentro con la familia adoptiva, etc.

Conducimos el Grupo dos Terapeutas que intervenimos libremente, sin ninguna clase de pacto previo. Esto nos permite discutir cada sesión al finalizarla. Y en momentos de mayor emoción o depresión grupal nos facilita poder aguantar la situación sin que el peso de la emoción nos arrastre. En otros momentos la intervención de una de las dos es complementada, ampliada o matizada por la otra. Pensamos que ser dos terapeutas ha sido útil para el desarrollo del Grupo

El Grupo se realiza en sesiones semanales de una hora de duración con la excepción del día que visualizamos la película que tuvimos una sesión de 2 horas para permitir a las mujeres expresar sus sentimientos y opiniones en la misma sesión, aunque posteriormente se hayan seguido haciendo referencias a ella.

Iniciamos el Grupo en el mes de Abril de 1998 y la fecha de terminación prevista es Diciembre de 1999.

Las participantes en el Grupo son:

MADRE	NOMBRE HIJO (AÑOS)	EDAD ACTUAL	EDAD DE ADOPCIÓN
A	ROGER	13	4 ½
B	PAU NARCÍS	13 10	2 MESES 20 DÍAS
C	JOAN EDUARD	10 8	3 AÑOS 1 ½ AÑOS
D	ENRIC VICTORIA	16 13	BIOLÓGICO 11 AÑOS
E	DIEGO	10	1 MES

El Grupo ha pasado por tres períodos en cuanto a los temas centrales que han ocupado las sesiones; naturalmente se han solapado entre ellos; o sea que en cada período se hacían comentarios respecto a temas que fueron más centrales en otro momento del Grupo.

- En el primer período las mujeres se presentan y explican la edad de sus hijos, la edad de adopción y cómo fue llevada a cabo. Explican características de sus hijos y comentan los sentimientos de ellos frente a la adopción; coinciden en que los niños no hablan del tema y les molesta cuando se hace referencia a él.
- En la segunda fase se habla de las características de los hijos, de los problemas de comportamiento, de las dificultades con el orden, los deberes, sus amigos, etc. Durante este tiempo raramente se hacen referencias al hecho de la adopción. Cuando se refieren a ella lo hacen en el sentido de la exigencia que les comporta el hecho de que los hijos sean adoptados, su dificultad para poner límites adecuados y cómo sienten que los demás (su familia, sus amigos) las vigilan esperando que fracasen.

En este momento las Terapeutas nos planteamos que los niños no quieren hablar de la adopción y ellas tampoco pueden. Tanto ellos como ellas conocen el hecho, pero les es doloroso y difícil referirse o pensar en él. Nos mueven a pensar en el duelo no suficientemente elaborado de estas madres por el hijo biológico que no pudieron tener y en los posibles sentimientos de rivalidad hacia la madre biológica de sus hijos.

- En la tercera fase, para focalizar en el tema de la adopción, que sentíamos que bordeábamos pero que no llegábamos a abordar, propusimos mostrarles los dibujos a que nos referíamos al inicio y ver con ellas la película “La Adopción, otra vida”. Se interesaron en ambas propuestas.

Esto nos llevó a poder hablar de sus sentimientos frente a la adopción y todas coincidieron en el temor de que en el

futuro sus hijos las dejen para ir en busca de sus familias biológicas; comentan también cómo a veces se sienten enfadadas con sus hijos, rechazantes, sintiendo que éstos no cumplen sus expectativas ya que ellas ponen todo de su parte y sienten que ellos con sus dificultades no corresponden.

- En la última fase la adopción está presente, se hace referencia a ella, se cuenta con la existencia de la familia biológica y hablan de sus hijos, y de su relación con ellos. Se hacen comentarios respecto a los comportamientos habituales a cada edad buscando referentes que ellas no tienen. La madre que tiene un hijo biológico hace con frecuencia comparaciones entre las conductas de éste y las de su hija adoptada. En general aparece mucha preocupación por cual será el futuro de sus hijos y sentimientos de tristeza ante las dificultades evolutivas de éstos. En diversas ocasiones refieren su sentimiento de estar poco apoyadas como madres, poco tenidas en cuenta, mientras que en cambio todos cuidan de los niños, valoran sus sentimientos, etc.

Durante este tiempo han habido diversos reportajes referidos a la adopción en televisión, radio y periódicos. Los comentan y en algunos casos desautorizan porque sienten que los padres adoptivos son criticados desde el desconocimiento de las dificultades que entraña la adopción.

## **VIÑETAS CLÍNICAS**

Ilustraremos esta exposición con viñetas clínicas para permitir ver en directo el tipo y el tono de las intervenciones.

### **En la primera Sesión:**

La madre A dice que su hijo va muy bien en todo pero que se niega a aprender y a esforzarse.

La madre C dice que son niños con mucha necesidad de absorber al otro, pero en cambio son muy sensibles, quieren agradar y que todo es muy difícil.

La madre B comenta el contrasentido que es querer agradar, necesitar saber que se los quiere y hacerse pesados reclamando constantemente. No pueden portarse bien.

Terapeuta 1: dice que son niños con mucha necesidad de ser reasegurados, que se les muestre que se les quiere y que tanta necesidad pone a prueba la capacidad de aguantar de los demás.

Más tarde en la misma sesión:

La madre E dice que ella no cree que la adopción pueda tener tanto peso. Cree que muchas de estas cosas las hacen todos los niños pero que con los suyos todo el mundo piensa siempre que todo se debe a que son adoptados.

Comentan la edad de sus hijos, la edad que tenían en el momento de la adopción, dónde la llevaron a cabo, etc.

La madre E dice que en su casa no se habla nunca del tema de la adopción. Al niño se lo explicaron pero le dijeron que éste era un gran secreto de ellos tres y que era mejor que no lo comentara fuera de casa. Un día que en la clase de Diego se hablaba de la familia, él dijo que era adoptado. Es el único de la clase en esta situación. Cuando ese día llegó a casa estaba inquieto. Ellos le dijeron que no ocurría nada porque lo hubiese dicho, únicamente que era un secreto entre los tres y no hacía falta que lo explicara. Desde entonces los compañeros les preguntan mucho (también a ella) si es cierto que es adoptado, cómo es posible que se parezcan... y ahora el niño está muy inquieto y además tiene miedos.

Como se ve ésta es una sesión de presentación en que cada madre explica la razón por la que consultó al Servicio y se da la coincidencia de que todos son niños ansiosos, necesitados de atención constante, absorbentes. La primera apro-



ximación al hecho de la adopción la da la madre E en el sentido de negar que pueda tener importancia. Luego esta misma madre muestra la forma de tratar el tema en la familia, se ha “informado” al niño y se le sugiere no nombrarlo, ya se ha dicho pero no hay que discutirlo, hay que esconderlo, hacerlo secreto. Se pide al niño que no lo explique, que no lo remueva ya que para la madre (¿los padres?) pensar en ello es demasiado doloroso, pues remueve la situación tal vez aún poco cicatrizada de la propia esterilidad.

### **En la segunda Sesión:**

La madre D comenta que su hija dice que todas las niñas son amigas suyas, cuando puede ser que acabe de conocerlas. Que ella, ya le dice que amigos de verdad tendrá pocos, que los demás son conocidos. Pero Victoria se dejaría matar por una niña acabada de conocer que le ha hablado. Según la niña todas las compañeras del Hogar eran amigas suyas; en cambio la madre dice que aquéllas pasan totalmente, ya han olvidado a su hija.

La madre B dice que Pau se deja llevar por cualquiera y que además tiende a relacionarse con niños que tienen dificultades. Ellos viven cerca de un centro de acogida de niños y muchos de ellos van al mismo colegio que sus hijos. Suelen ser muchachos conflictivos y Pau siempre se hace amigo de ellos.

La madre C explica que también Joan llama amigo a cualquier niño que acaba de conocer que le ha dirigido la palabra. Yendo en metro, se acerca a un niño y le pregunta algo. Si aquél le contesta ya dice “es mi amigo”. Cuando la madre le comenta “le acabas de conocer no sabes ni cómo se llama” Joan puede contestar “sí, se llama Alberto ¿ves como es mi amigo?”.

Observamos cómo en esta segunda sesión siguen mostrando el aspecto necesitado y poco diferenciado de sus hijos.

Parecería que la inseguridad y necesidad de sentirse queridos les lleva a confundir una simple respuesta cortés, con una relación.

*En algunos casos el hecho de haber vivido durante un cierto tiempo en Centros de acogida puede haber facilitado esta indiferenciación por el hecho de que allí no hay diferencias “todos son iguales” en cuanto al trato que reciben del grupo de adultos cuidadores.*

### **En la séptima Sesión:**

Madre A: “Un día de la semana pasada le pregunté a Roger “¿qué te pasa que siempre estás malhumorado?”. Entonces él se echó a llorar y me dijo que recordaba a sus hermanos; él nunca los había nombrado y yo no sabía ni que se acordara de ellos. Le dije que no se preocupara que tal vez podríamos visitarlos en el Centro este verano. No sé si podrá ser, pero algo tenía que decirle”.

Terapeuta 1: “El chico la hizo depositaria de una gran confianza, de un sentimiento muy íntimo y esto no es fácil. Le da una muestra de confianza”.

Madre B: Bueno, las sueltan a momentos. Sabemos que Pau está contento con nosotros pero cuando le negamos algo que desea porque es caro dice cosas como “ya que me tenían que adoptar ¡podían haberme tocado unos padres ricos!”

Terapeuta 2: Bueno, estos son comentarios provocativos y hechos en momentos de mucho enfado, pero es evidente que afectan.

Madre B *hace gesto que muestra que realmente los comentarios duelen.* “Sí y es que lo dicen cuando menos te los esperas; también nos pregunta por qué lo elegimos a él”.

Madre E: Nuestro hijo también nos ha dicho esto. ¿Cómo explicarles que no les elegimos?”.

Madre D: Victoria también lo pregunta siempre, ¿por qué la adoptamos a ella habiendo tantos en la Residencia?; ella está encantada, piensa que le ha tocado la lotería, supongo que quiere saber qué nos gusta de ella porque nos quiere agradar.

Terapeuta 1: Quieren saber qué tienen que les haga especiales para cada una de ustedes. Los hijos biológicos han nacido en la familia, se sienten parte de ella por derecho propio. Estos niños que de entrada fueron abandonados, necesitan convencerse de que tienen algo que les hace queribles.

Madre E: Mi hijo no habla del tema de la adopción. Incluso yo quería preguntar si era normal. Nosotros se lo explicamos pero él no lo comenta. Y claro, del abandono nosotros no le hemos hablado.

Terapeuta 1: No se trata de que lo hablen más o menos sino de que sea un tema que se pueda abordar con naturalidad a pesar de ser espinoso. Hay veces que a través de las respuestas que les damos captan que es un tema que incomoda, que nos resulta difícil, y van aprendiendo a no tocarlo.

Madre B: Pienso que en parte no lo nombran por que temen herirnos a nosotros de una forma u otra. Pau dice que está contento pero una vez me preguntó por qué no había podido estar dentro de mi barriga.

Madre C: Mis hijos de este tema no quieren saber nada. Tienen un cuento “porque me adoptaron” que es precioso para poder hablar de ello, pero no quieren ni verlo, dicen “este no”. Pero además ya tengo comprobado que cada vez que lo leemos, a la mañana siguiente están muy excitados.

Terapeuta 2: Es difícil encontrar el tono de hablar de este tema de forma natural; según cómo insistir en ello puede ser intrusivo.

Madre E: No sé cómo tendremos que hacerlo. Nosotros de bien pequeño ya se lo explicamos todo. No que él tenga otra madre –porque consideramos que la madre es quien cuida– y

por tanto Diego no tiene ninguna más. Le llamamos “la señora que te llevó en la barriga”. Nosotros le adoptamos al mes de vida porque aquella mujer lo dejó en la institución y nosotros lo fuimos a buscar allá. También sucede que no sabes qué decirles porque no tienes más información. Que si él quisiera saber yo no se lo impediría pero tampoco le ayudaría porque “madre” a quien lo tuvo no se le puede llamar, puesto que ser madre es algo más que tenerlos.

Hay desacuerdo ante estas palabras. Hablan todas a la vez.

Madre C: Que llegaran a parirlos ya es mucho, se les tiene que querer.

Madre B: Los dejaron donde los pudieran cuidar.

Madre C: También los hubieran podido tirar al contenedor o abortarlos.

Terapeuta 1: ¡Total que el título de madre biológica opinan que se lo ganó! ¿no?

Madre E: Bueno sí, yo también lo pienso y estoy agradecida de que haya mujeres así, porque gracias a esto nosotros hemos podido tener nuestro hijo.

Madre B: Pau me preguntó que si de mayor quiere saber quienes fueron sus padres si yo le ayudaré. Ya le he dicho que lo iremos a preguntar al Centro; allí debe de estar todo. Un día que yo le regañaba me dijo “¿y si soy hijo de un gitano? ¿o de un delincuente?”.

Terapeuta 1: Es evidente que los niños tienen la preocupación de saber de quién son hijos biológicos.

Madre C: Es que no sabes cómo explicárselo. Que les abandonaron, no, naturalmente. Yo les digo que no les podía cuidar. Yo sé que la madre tenía 15 años. ¿Cómo había de cuidarlos si era una niña? Y el padre cuando supo que estaba embarazada desapareció. Y su propia madre la había echado

de casa por estar embarazada. ¿Cómo la voy a culpar?, ¿y a quién?, ¿a su madre? ¡vete a saber!

Madre A: Nosotros tampoco sabemos nada. Lo adoptamos a 4 años y medio. Hasta ahora no había dicho nada y ahora echa de menos a sus hermanos, no sé. Aquel día que lloraba yo le dije “ven” y se *señala el regazo* y no quiso. Ya no ha querido hablar más del asunto.

Vemos como la adopción es un tema difícil de abordar en todas las familias. Tanto que Roger nunca había hablado hasta el presente de sus recuerdos o que Joan y Eduard huyen cuando su madre “saca el librito”. Es un tema que duele, tal como Pau dice porque ellos quisieran haber nacido de sus madres adoptivas y para éstas es un hecho doloroso no haber podido tener hijos biológicos. La madre B está más abierta y capta que su hijo teme que a ella la entristezca cualquier referencia a su curiosidad, su deseo de conocer su origen biológico, etc. La madre E que ya en la primera sesión dudaba que fuera algo importante y lo consideraba algo secreto se extraña de que el chico no lo nombre. De todos modos ha habido un pequeño movimiento en su forma de considerar la cuestión. De otro lado comentábamos en la primera sesión que en su caso la esterilidad parece un tema poco resuelto lo cual la lleva a desvalorizar la función biológica de procrear, precisamente por la gran rivalidad inconsciente frente a la madre biológica de su hijo –que sí es capaz de embarazarse y dar a luz–.

Las madres han aprendido la lección “hay que informar a los hijos”. Pero unos y otras muestran preocupación y miedo ante el tema: miedo por el dolor: de hijos abandonados y de madres que no pudieron tener hijos biológicos. Y miedo de producir dolor al verbalizarlo, sin olvidar el complicado juego de proyecciones que también existe.

Al inicio de la sesión varias madres coinciden en la preocupación que muestran sus hijos respecto a por qué les adoptaron a ellos, por qué les eligieron. Con seguridad esta necesi-

dad de saberse queridos y especiales es la que lleva a muchos niños adoptados a actuaciones y provocaciones repetidas puesto que necesitan comprobar una y mil veces que siguen siendo queridos y especiales. Haber sufrido un primer abandono, les hace temer inconscientemente no ser “suficientemente queribles” por lo cual necesitan comprobar de mil maneras que los padres (o cualquier relación significativa) podrá aguantar sus rabias, sus enfados y en el fondo su aflicción y que no les abandonarán de nuevo. Esta es una tendencia personal que puede estar muy arraigada, muy difícil de entender para los padres. Dicen: “si nos quiere y quiere quedarse con nosotros por qué no lo demuestra”; pero estas conductas se producen justamente cuando el amor y la confianza son importantes y se necesita ponerlos a prueba.

Cuando se trata de niños adoptados a cierta edad podemos preguntarnos también por los sentimientos de culpa respecto a los compañeros de la institución que puede generarles haber sido adoptados; en cierta forma pueden sentir que han “ganado” a los otros niños, que los han dejado, etc.

### **Octava Sesión:**

Madre E: Es un problema. Ayer era nuestro aniversario y hasta ahora lo habíamos celebrado los tres pero yo quería salir a cenar sola con mi marido. Diego se iba a quedar con su abuela que le dijo que pedirían una pizza. Al niño yo le dije que íbamos a una reunión pero después me supo mal, no vaya a pensar que no le queremos con nosotros. Y le dije que habían cancelado la reunión y que íbamos a cenar su padre y yo que si quería venir. Eligió quedarse, pero no le dije que era una celebración porque hubiese querido venir con nosotros.

Terapeuta 1: Pero no se quedó tranquila sin preguntarle si quería acompañarles.

Madre E: Es que no quiero que piense que no le queremos pues es un hijo muy deseado. Él sabía que era nuestro anivers-

sario porque me habían ido a comprar unas flores con su padre.

Terapeuta 2: Que los padres también se cuiden como pareja, tengan su propio espacio, puedan hacer cosas entre ellos, tengan tiempo para hablar y atenderse como individuos es bueno y saludable.

La madre E insiste en el miedo a que el hijo se sienta dejado, habiendo sido tan deseado.

Madre C: Al nuestro le encanta que salgamos y quedarse con la canguro, pero al día siguiente le tenemos que explicar con detalle todo lo que hicimos: dónde fuimos, con quien, qué cenamos... ¿qué le importará a él si tampoco sabe dónde está?

Terapeuta 1: ¡Que control! ¡Y cómo se dejan controlar! Ha costado mucho llegar a tenerlos, buscando el embarazo que no venía, pruebas, análisis, técnicas de reproducción, trámites y entrevistas para la adopción y tal vez ahora sienten que deben ser padres 10. También está el deseo de que los demás les encuentren padres modélicos. Se exigen mucho a sí mismas.

Madre E: ¡Como los hijos que sufren tanto! El nuestro tiene miedo de quedarse solo... de que yo llegue tarde. Dice que tiene miedo de llegar a casa y que yo no esté. Le pregunté qué haría si esto ocurriera y me contestó que echarse a llorar. Le pregunté si es que piensa que yo le abandonaré y me dijo que sí. Le dije que en vez de llorar tiene que pensar que he ido a comprar algo, a algún recado.

Madre D: Yo me siento mirada por la gente; con la niña noto que quiero ser una madre perfecta, quiero que la niña sea perfecta, que se sitúe al nivel de su edad aunque ya veo que no puede ser. Por esto soy tan agobiante. Con el niño todo era más fácil, darle permiso para cualquier cosa. Con la niña todo es más problemático. Pero además la gente cuando pregunta

cómo va todo es en tono negativo siempre, “que ¿va mal, verdad?”. Como esperando que fracasemos. No he encontrado nadie que me pare para decirme ¿qué, mejor? ¿Verdad que ya todo va bien?”. Y esto presiona mucho.

Madre C: Es cierto que les exigimos mucho. Ayer mismo fuimos a inscribirles para las colonias. Todos los niños estaban por allí jugando, saltando por las escaleras. Pues cuando me di cuenta mi marido ya tenía uno cogido de cada mano. “Hacían el indio” fue su explicación. Pero eran los únicos que estuvieron quietos. Los demás jugaban y gritaban y nadie se preocupó. Los nuestros se tuvieron que quedar con nosotros.

La madre B relata una experiencia similar de 15 niños jugando y gritando; en cambio su marido impidió que su hijo fuera con ellos y le castigó. El chico se quejó diciendo que todos estaban jugando y sólo le habían castigado a él.

Terapeuta 2: Hemos pasado de hablar de niños controladores a hablar de padres que controlan.

Madre C: Sí, les estamos siempre encima, más que los demás padres.

Madre B: Siempre tememos que los nuestros hagan cualquier cosa indebida; o cuando eran pequeños que se hicieran daño.

Terapeuta 2: Con esto se establece una dinámica en que ustedes siempre les están vigilando y ellos aprenden a estar siempre controlados y sobreprotegidos y se vuelven necesitados de atención y controladores.

En esta sesión las madres muestran (a través del comentario de la madre E respecto a la celebración) que les cuesta separarse y que están siempre pendientes, necesitan reasegurarse continuamente de que son buenas madres. El miedo a que el hijo se crea poco querido les impide poner límites pero por otro lado la exigencia de ser y mostrarse madres perfectas las hace estar vigilando y protegiendo siempre. Así se estable-



ce una dinámica de dependencia y control por ambas partes en un círculo vicioso que dificulta el progreso: sentirse seguro y capaz de desarrollar las propias capacidades. Con todo ello la relación pierde naturalidad.

Con frecuencia los padres adoptivos necesitan afirmar de forma activa y repetida que su hijo fue muy deseado, tal vez por la necesidad de reasegurarse de que no se trata únicamente de una substitución del hijo biológico ansiado.

### **Sesión 13**

La madre B: comenta una reunión de padres de la clase de su hijo mayor. Según cuenta les dijeron que salvo algunas excepciones están todos muy inquietos; así que ella pensó que lo que le pasa a Pau no es peor de lo que pasa a los demás y se fue muy contenta. Añade que se habló mucho de que hay que interesar y motivar a los niños.

Madre A: Sí, esto, motivarlos. Pero es imposible porque a Roger no le interesa nada; no quiere leer, no quiere hacer deberes; te tienes que estar peleando siempre con él.

Madre C: Nosotros hemos decidido llevarlos a hacer los deberes a un centro justamente por esto; como mi marido es profesor se ponía a ayudarles y tenía que pasarse con ellos toda la tarde. Yo ya no estoy dispuesta a esto. Nos sorben todo, ya sólo falta que nos sorban la sangre! Y el hecho es que cuando se ponen a hacerlos, los hacen en dos minutos, pero no se ponen: se levantan, se distraen...

Madre B: Nosotros a Pau le pusimos una clase particular y aquella chica nos decía que no le hacía falta, que él sabía hacerlo, pero era la forma de que hiciera el trabajo; con ella en media hora lo hacía todo; en cambio en casa tardaba toda la tarde y terminábamos todos disgustados y nerviosos.

Terapeuta 1: Realmente querer hacer de profesor de los hijos es difícil, se termina complicando todo.

Madre E: Diego es igual. Además, como le han cuidado mucho los abuelos, al volver del colegio le dejan hacer lo que él quiere, lo miman demasiado, ve demasiada tele. Ahora lo he apuntado a piscina e inglés, así llegará a casa más o menos como nosotros; yo le haré hacer los deberes y después, si quiere, que lea, que esto le gusta mucho. Y menos televisión.

Se comenta que la televisión es una adicción, no hay que hacer ningún esfuerzo, vas mirando lo que hacen, no hace falta pensar nada.

Madre B: Nosotros tenemos una especie de caja fuerte al lado de la tele que tiene dentro el interruptor. La llave la tiene mi marido. Yo tengo otra pero ellos no lo saben. Cuando mi marido no está, no hay tele ni ordenador porque se lleva el ratón de aquél en el bolsillo. Cuando no pueden mirar la tele, los niños juegan más entre ellos, hacen más cosas.

Madre E: Quizás tendré que copiar el sistema puesto que Diego se engancha muchísimo. Pero yo he pensado que lo que haré es darle un tiempo máximo para hacer los deberes y que pasado este tiempo pare y si no ha acabado, ¡mala suerte! Si le riñen quizás se le abran los ojos. Que yo no me quiero pasar dos horas pendiente de él. Además, tampoco hace el trabajo, no sirve de nada. Viene detrás de mí todo el rato a explicarme cosas a la cocina, se va al water y se pasa tres cuartos de hora porque se pone a leer Mortadelos...

Madre B: A Narcís también le gusta mucho estar en el water; el otro día fregando, descubrí que tiene un grupo de muñequitos escondidos detrás de la taza. Como no le dejo llevarse juguetes porque si no se pasaría dos horas... Pau también es feliz en el lavabo. ¡Incluso canta!

Madre C: Los míos también tienen la costumbre de pasar mucho tiempo allí. Claro que cuando están en el comedor les haces hacer cosas, a la habitación también entras. Debe ser el lugar donde se les deja más tranquilos. Allí pueden pasarse mucho rato con sus cosas.

Madre B: Es que si lo pensamos bien les estamos siempre encima, agobiándolos desde que se levantan que si “¿te has duchado?” “¡pon la ropa sucia a lavar! “¡hazte la cama”. Allá en el lavabo deben sentirse tranquilos, que no entraremos. A mí no me gustaría tener a alguien siempre detrás que me fuera diciendo todo el rato “haz esto o aquello”; yo ya sé lo que tengo que hacer pero hay veces que los platos sucios se pasan todo el día en la cocina... y yo voy pensando “ya lo haré mas tarde”.

Vemos como esta sesión es como cualquier sesión de un Grupo de Madres en que éstas se preguntan sobre la conducta de sus hijos. A partir de cierto momento empiezan a poderse dar cuenta de qué tipo de relación “de estarles siempre encima” establecen con ellos; en la última intervención que hemos recogido queda muy bien documentado por el comentario de la madre B.

Pensamos que éste es un fragmento muy representativo del clima que puede darse en las sesiones en que hablan de los niños como tales. En sesiones como ésta el trabajo de las terapeutas es ayudarlas a plantearse la conducta como algo que obedece a una situación emocional y, tal como decíamos al inicio, a diferenciar qué es propio de la edad.

## Sesión 16

(Ya hemos empezado a trabajar con los dibujos)

Madre D: Mi hija está muy enfadada conmigo porque la regañé y no me habla; sí, porque ella lo hace así. Si está enfadada no te dirige la palabra y le dura mucho. No es posible hablarlo. Y además ella escribe cosas y yo he encontrado un papelito en el que dice que yo soy terrible como madre y que no sabe si se quiere quedar con nosotros porque conmigo no sabe si quiere estar.

Madre C: El nuestro el otro día dijo por primera vez aquello de “por qué me había de tocar una madre como tú”, que a mí me hizo mucho daño.

Madre B: Pau ya lo decía muy a menudo esto; que aguantas y aguantas pero te duele. Tanto que un día le dije “Sí, Pau, pero lo mismo te digo yo, tantos niños que había y porque me tuviste que tocar tú, que tanta suerte has tenido tú como nosotros”. Y me supo mal porque sé que no debería haberlo dicho y que le hizo daño pero estaba harta, que cuando ellos dicen estas cosas te hieren a ti. Y desde entonces él no me lo ha vuelto a decir más. Esto no implica que no volverá a decirlo pero fue bien.

Terapeuta 1: A ver si podemos encontrar la forma de decirles algo así como “sé que te ha faltado lo más principal, que te dejaron y esto duele mucho pero ahora yo soy tu madre para lo bueno y para lo malo y por tanto los dos nos tenemos que aguantar, nos guste o no”.

Madre C: Lo que pasa es que cuando te dicen estas cosas no estás calmado para hablarles así.

Madre E: El mío cuando era chiquitín –de 3 ó 4 años– también lo decía cuando lo regañaba; decía “que se iría con aquella señora”. Y un día también cansada le dije “muy bien, pues ven que te haré la bolsa, no quiero que piensen que aquí no te hemos tratado bien”. Le puse alguna cosita en la bolsa y se la di. Entonces me dijo que no se quería ir. Y tampoco lo ha dicho más.

En este fragmento muestran cómo sienten que sus hijos pueden cuestionar su maternidad puesto que de hecho existe “la madre” biológica a la que ellas están representado ¿o suplantando? Victoria, porque está enfadada, escribe papelitos diciendo que “esta madre” no le gusta. Las otras madres añaden ejemplos mostrando cómo los chicos pueden usar su sentimiento como madres, el hecho de que ellas sean sensibles a la cuestión, en contra de ellas. La madre B, en contacto con sus sentimientos, muestra dolor y cómo la conducta provocativa del adolescente puede llevar a una explosión verbal. En cambio la madre E –que cuestiona en otros momentos que el

hecho de la adopción sea tan importante— llega a hacerle la bolsa al niño de 3 años, quien posteriormente nunca más ha nombrado el hecho de que él es adoptado. Y cuando se atrevió a comentarlo en el colegio se quedó altamente inquieto.

*Ciertamente los hijos biológicos hacen también comentarios respecto a que otros padres, con otras costumbres, les hubieran gustado más. Cuando la madre se siente muy maltratada pueden generarse también dinámicas complicadas de acusación, sentimientos de desvalorización o falta de estima. Pero generalmente son situaciones más fáciles de soportar cuando la maternidad-paternidad no puede ser cuestionada. No hay ese “otro u otra” presente en la cabeza de todos.*

Esto nos lleva a plantearnos que cuando se lleva a cabo una adopción los papeles, los trámites se realizan en un determinado tiempo. Pero que la adopción que implica poderse sentir “madre de” o “hijo de” es una cuestión mucho más larga en el tiempo, que pasa por diversos avatares durante la vida de relación entre ellos. Una cosa es desear ser madre, otra ser madre y otra sentirse madre; e igual ocurre con los niños una cosa es desear tener padres, o sea desear ser hijos de un hombre y una mujer, después pasan a ser hijos de... pero ¿cuándo se sienten verdaderamente hijos de este hombre y esta mujer?

### **Sesión 17:**

Madre B: Una pregunta viendo todos estos problemas ¿qué hubiese ocurrido si a nuestros hijos no les hubiésemos dicho que eran adoptados? Si todo esto es porque son adoptados y lo saben.

Madre A: Sería mucho peor.

Hay un silencio largo.

Terapeuta 1: Entonces la relación partiría de la falsedad, serían unas tierras movedizas las que estarían bajo los pies de

los niños, no podría haber una base suficientemente estable o sólida, no podría haber confianza y esto estaría igualmente en el ambiente.

Terapeuta 2: Los niños tienen una sensibilidad especial y estas cosas las captan. Seguro que podríamos poner muchos ejemplos pero ahora recuerdo a un niño cuyos padres estaban hablando de separarse aunque nunca se habían discutido y eran amigos; al hijo no le habían dicho nada y estaban seguros de que no había oído nada, pero él soñó que su padre se iba de casa.

Terapeuta 1: Los niños tienen antenas especiales y estas cosas las captan.

Madre A: Sería como que hubiese fantasmas, bueno no sé si me entendéis pero siempre habría inquietudes.

Terapeuta 1: Sí, estos niños las tienen a ustedes pero tienen también otra historia y cuando se adopta se adopta también esta historia y dentro de la historia la madre biológica. De hecho aquí no somos 5 y 2 si no que somos 10 y 2 porque las madres biológicas están siempre. ¿Ustedes han soñado alguna vez en la madre biológica de sus hijos?

Se miran entre ellas, perplejas. Hacen gestos de negación con la cabeza.

Madre C: Yo no la he soñado pero a veces me acuerdo de ella, especialmente en los cumpleaños de los niños.

Madre B: Yo también me acuerdo en los cumpleaños. Debe de pensar ¿ahora cuantos años cumple? ella también se debe acordar.

Madre E: Yo también he pensado en ella alguna vez, pero pensando ¿cómo puede ser que dejara al niño? Y de otro lado le estoy agradecida porque gracias a ella nosotros lo tenemos.

Madre D: Yo como la conozco...

Madre A: Yo no la he soñado, pero una vez Roger soñó que yo le llamaba y él estaba entre yo y una bruja y la bruja no le dejaba venir conmigo, así que la ve como una bruja... o quizás la bruja soy yo. Claro, él no habla, pero a veces decía que sus padres eran muy ricos y tenían castillos.

Madre B: Pau se lo explica diciendo que le dejaron allí para que lo pudieran cuidar

Terapeuta 1: Es una forma positiva de mirarlo, en vez de como un abandono como buscarle una salida mejor para él. Lo hace menos doloroso. Una madre adoptiva que fue a Burkina Faso explicaba que la madre biológica le dio la niña para que la adoptara diciendo que era la única forma de salvar a su hija.

Madre D: La mía sabe como son las cosas pero a veces se le olvida y explica la vida con su madre biológica como si fuera maravillosa.

Terapeuta 2: Siempre la persona que no está es más fácil de idealizar.

Madre A: Entonces, si la madre biológica es maravillosa, ¿a ver si la bruja seré yo? Porque realmente Roger conmigo no cuenta para nada.

Tratan de situar un poco a la madre biológica, y de situarse ellas; tratan de dar un espacio a la madre biológica lo cual implica darle un espacio a una parte del hijo, a la historia del hijo. ¿La suplantando o dan continuidad a esta historia del hijo? Este hijo ha tenido una primera parte de historia en que fue procreado, se desarrolló dentro de la barriga de la madre biológica, esta madre lo parió, en algunos casos lo alimentó y –después de un período incierto de paso por instituciones– vinieron ellas que siguieron este trabajo,. No es suplantando, es continuar. Se preguntan si están haciendo una sustitución y puede por tanto ser temporal, o están haciendo un trabajo de continuidad. Si puede vivirse como continuidad no existe tanta rivalidad ya que se siente que ambas han sido muy impor-

tantes para este hijo, cada una desarrollando su labor. Entonces no será tan necesario acusar a la otra parte, pues se trata de un trabajo compartido en el que cada cual tiene su función. Se acuerdan de las madres biológicas y –a excepción de la madre E– sienten que éstas deben acordarse de sus hijos y las evocan con cierta ternura.

Más adelante en la misma sesión

Madre D: Pero las relaciones con los hijos adoptados no son iguales; hay más miedos y esto hace más distancia. Yo no creo que la niña se sienta como hija nuestra nunca. Yo no la siento hija mía y esto pienso que será siempre así.

Terapeuta 1: Con los años.

Madre D: Tal vez sí, pero tendrán que ser muchos años, quizás cuando nosotros ya no estemos.

Terapeuta 2: En el caso de usted el hecho de haber una madre biológica viva que se conoce hace también las cosas más difíciles.

Madre B: Yo ya dije que Narcís parece muy feliz, como que lo tuviera todo muy asumido y que ni se acuerde de que es adoptado. En cambio Pau lo comenta. Bien, pues un día Pau me decía que le gustaría tener un hermano mayor y que qué lástima que hubiera muerto aquel primer hijo que yo tuve. Entonces Narcís –que estaba por allí, pero parecía que no escuchaba– le respondió con mucha viveza “¿pero que no lo ves burro que si aquél estuviera aquí no estarías tú?”. Me quedé tan de piedra que no supe qué decir y me di media vuelta y salí de la habitación.

Terapeuta 1: ¡Es realmente muy impresionante!

Madre B: Yo no supe qué contestar porque es cierto. Si nuestro primer hijo no se hubiese muerto probablemente no hubiésemos adoptado a Pau Y aunque Narcís esto no lo dice,



evidentemente tampoco le hubiésemos adoptado a él. Que en esto de la adopción te ha tocado este hijo como le hubiera podido tocar al vecino del quinto si hubiese estado en la lista antes que tú. Tienes poco el sentimiento de arraigo porque es así, te ha tocado éste pero te hubiera podido tocar otro. Y es por esto que no supe qué decirle. Porqué lo que decía era completamente verdad.

Madre E: Y esto de la adopción ¿tiene que estar así flotando, toda la vida?

Terapeuta 1: Es un hecho que estará siempre, ahora..., “flotando”, depende de cómo se pueda conversar, elaborar. El hecho de que se pueda ir admitiendo, pensando, hablando con los hijos hace que deje de flotar y que esté pero como una cosa más, como algo que no asusta, que es así, sin más.

En esta sesión la madre B explica como de hecho los hijos –y ellos– tienen dudas respecto a la pertenencia a la familia. Ella lo pone en el hecho de que podrían haberle tocado otros hijos y por tanto el vínculo está menos establecido que en las familias biológicas. En otros momentos las terapeutas les han recordado que el vínculo no procede sólo de la biología si no también de la convivencia, la historia compartida. De otro lado tal y como dice Gabriel García Márquez en una de sus obras “los hijos no se quieren tanto por ser hijos si no por la amistad de la crianza” o sea que a la larga lo que realmente forma una red importante, un tejido de base será la historia común de crecimiento, de ayuda y de amistad de crianza.

El relato de la madre B fue tan impactante que por un momento las terapeutas nos quedamos mudas; pero se podría haber dicho que es cierto, no sabemos cómo podría haber sido todo si hubiese ido de otra forma, igual que ocurre con otras facetas de la vida. Pero la realidad es que ahora tienen estos hijos, los quieren y pueden disfrutar de muchos aspectos de esta crianza.

### Sesión 36 (al año de empezar el Grupo)

Madre C: Quería comentar algo; ayer durante la cena Joan nos preguntó por qué él no tiene libro de cuando nació, aquél que se hace con fotos del bebé, etc. No lo entiendo porque él sabe muy bien que lo tenemos desde que tenía 3 años. Pero parece que no se hace cargo. Fue bien porque lo pudimos hablar con tranquilidad; estuvo preguntando cosas de cuando le fuimos a buscar, etc. Luego dijo que quería saber más cosas, pero que a nosotros no nos las iba a preguntar. No acabé de entender qué quería decir con esto. Le acabé diciendo que estamos aquí para lo que quiera saber, que hasta donde nosotros sabemos se lo vamos a explicar.

Comentamos cómo cuestiones que causan mucho impacto emocional pueden bloquearnos y llevarnos a que hechos que entendemos intelectualmente no pueden quedarnos conectadas con otros.

Madre D: Mira que mi hija la adoptamos mayor y parece que lo sabe todo. En cambio pregunta por qué ella no lleva los apellidos de su padre. Se refiere a un hombre que según ella la cuidó mucho; era pareja de su madre, pero que no es padre de ella. Y no se da cuenta de que si no lleva sus apellidos es porque aquel hombre no es su padre.

Madre B: Ayer Roger no podía dormir y estuvo mirando fotos. Finalmente se quedó una en la que están él y su hermano; antes nunca se había interesado por esas fotos. Cuando me he levantado esta mañana la he visto sobre su mesilla de noche.

Comentamos que los chicos hablan y se interesan ahora con más naturalidad por su pasado y que es natural que necesiten llenar el vacío que hay en el conocimiento de su vida ya que ésta no empezó cuando fueron adoptados

A través de esta sesión reciente podemos ver como ha habido un acercamiento de todos –madres e hijos– a la cuestión de la adopción; parecería que ahora está más presente en

el ambiente de las familias, pero que despierta menos ansiedades en todos ellos. Esto ha permitido que los niños puedan preguntar más y estén tratando de completar el puzzle de su vida a través de interesarse por su pasado. Parecería, en cierto modo que han descubierto que su vida no se inició el día de su adopción y que están empezando a tender puentes entre su vida actual, con sus padres adoptivos, su vida previa a la adopción y sus antecedentes biológicos.

### **Conclusiones:**

Tal y como se habrá visto a través de los fragmentos de clínica, muchos momentos de este Grupo han sido especialmente intensos por el grado de emotividad de las situaciones que las madres nos presentaban. Ello nos mueve a dedicarles nuestra primera reflexión en los comentarios finales. Nuestro sentimiento frente a ellas es ante todo de respeto, de sentir que, si bien desde la formación adquirida podemos en algún momento ayudar a pensar, tenemos que recordar que no tenemos la experiencia directa de las situaciones que ellas están viviendo. Sabemos que todo lo que ocurre alrededor de la adopción es siempre complicado, que afecta a sentimientos muy profundos y primitivos. A menudo podemos sentirnos tentados de cuestionar las actuaciones, e incluso las motivaciones de los padres adoptantes, pero en ningún momento podemos olvidar también el profundo acto de generosidad y solidaridad que representa haber llegado a ella. Y continuar un día tras otro, luchando para conseguir dar a sus hijos, al conjunto familiar, la base de una buena estructuración que les permita caminar bien por la vida.

A través del material del Grupo que hemos presentado creemos que se ve la importancia de un Grupo de estas características ya que ayuda a la elaboración de las relaciones familiares en una situación especialmente compleja como es la de la adopción.

En este caso en particular ha permitido a las madres:

1. Plantearse la relación con sus hijos e ir “normalizando” el hecho de que sea un hijo adoptado de forma que ni sea necesario negarlo ni tampoco que la ansiedad por los orígenes del hijo haga que cualquier dificultad que surja se cargue sobre esta cuestión.
2. Discutir el proceso evolutivo que cada edad comporta de forma que se pueda diferenciar las características propias de cada chico o chica, de lo que son circunstancias evolutivas propias de cada edad y también del conflicto interno en relación a la identidad del chico/chica que pueda originar el hecho de ser hijos adoptivos.

Si bien el Grupo ha sido enriquecedor, ha pasado mucho tiempo desde el momento en que se produjo la adopción y ello ha rigidificado muchas actitudes y emociones.

Pensamos que un Grupo de soporte que permitiera compartir vivencias y elaborarlas, diferenciar las áreas de problema, recibir información sobre evolución, etc. sería muy útil en el **período inmediatamente posterior a la adopción** cuando toda la situación está aún en pleno proceso de reajuste; se favorecería la formación de un vínculo menos empañado por las ansiedades, las dudas y la ruptura de las idealizaciones, que a menudo vemos en los padres adoptivos.

## **¿QUÉ ELEMENTOS APORTA EL JUEGO AL DIAGNÓSTICO?**

**Cecilia García Caballero\***

En este trabajo realizaré una breve reseña sobre las bases psicoanalíticas de la técnica del juego, haciendo hincapié en la teoría kleniana, la evolución de la actividad lúdica en relación a las distintas etapas evolutivas, desde el nacimiento hasta la pubertad; la patología del juego y luego destacaré algunas consideraciones técnicas, las funciones del juego y en especial, aquellos elementos a tener en cuenta en el transcurso de la hora de juego diagnóstica.

### **I. FUNDAMENTOS PSICOANALÍTICOS SOBRE LA TÉCNICA DEL JUEGO: SU HISTORIA Y SIGNIFICADO**

Las teorías psicoanalíticas sobre el desarrollo funcional, estructural y el significado del mundo interno de niños pequeños deriva en gran parte de las observaciones de horas de juego en la consulta. Los analistas de niños intentan entender qué expresa el niño a través del lenguaje del juego sobre sus más profundas fantasías y de sus emergentes relaciones con los demás (8).

Durante las primeras fases del desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud utilizó el fenómeno del juego del niño para ilus-

---

\* Psicólogo. Fundación Eulalia Torras de Beà. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital de la Cruz Roja.

trar e identificar los orígenes de diversas características del funcionamiento psíquico en la vida adulta. Con respecto a la función del juego, muchas de las descripciones y formulaciones de Freud continúan siendo centrales de la teoría psicoanalítica infantil. Ejemplo de ello es el origen del contacto del niño con la realidad; el nacimiento y empleo de la fantasía; la tendencia a tomar un rol activo sobre experiencias vividas pasivamente; la compulsión a la repetición como una manera de elaboración de experiencias traumáticas y la formación del super yo. (8)

En 1905, Freud se refirió por primera vez al juego infantil sugiriendo que el juego aparecía cuando el niño comienza a utilizar palabras y a organizar sus pensamientos.

También consideró que el juego ofrece una función reparadora de experiencias traumáticas. Esta función del juego fue un ejemplo de la inclinación natural por rebelarse en contra de la pasividad y por la preferencia de roles activos, al servicio de la práctica y adquisición de mayor autosuficiencia (8)

Freud hizo énfasis en que detrás del juego infantil subyace otra fuerza conductora llamada “compulsión a la repetición”, en la cual el niño hace revivir sentimientos asociados con experiencias placenteras.

Otros teóricos posteriores a Freud, continuaron observando el juego como una forma de descarga o como una función moderadora para el niño. Melanie Klein, enfatizó que los juegos se presentan como creaciones de objetos maternos sustitutos seguidos de su destrucción y reaparición. Melanie Klein, tomó en cuenta las observaciones de Freud respecto al rol de la repetición compulsiva y de su empleo en el juego infantil como un aspecto central para adquirir el control sobre su conflictiva interna. (7) (8)

### **Antecedentes Históricos de la Técnica de Juego de M. Klein**

Su primer paciente fue un niño de 5 años y el tratamiento se realizó en la casa del niño con sus propios juguetes. Este

análisis era el comienzo de la técnica psicoanalítica del juego porque desde el principio el niño expresó sus ansiedades y fantasías, a través de su juego y al aclararle consistentemente su significado apareció material adicional en el mismo.

Melanie Klein no sólo *interpretó las palabras del niño* sino también sus *actividades en los juegos* y aplicó este principio básico a la mente del niño; cuyos juegos y acciones y en general, toda su conducta, son medios de expresar aquello que el adulto manifiesta predominantemente por la palabra.

Desde el comienzo del desarrollo de la técnica del juego, M. K aplicó los principios básicos del psicoanálisis: *la exploración del inconsciente* –como tarea principal del proceso psicoanalítico– y *el análisis de la transferencia* –como medio de lograr ese fin–.

El tratamiento de una niña de dos años y nueve meses, fue decisivo en el desarrollo de su técnica del juego.

Al igual que al primer paciente, efectuó el análisis en el hogar de la niña con sus propios juguetes; pero durante ese tratamiento M. K. llegó a la conclusión de que el psicoanálisis no debería ser llevado a cabo en la casa del niño, porque observó que la situación de transferencia sólo puede ser establecida y mantenida si el paciente es capaz de *sentir* que la *habitación de juegos*, y en general todo el análisis es algo *diferente* de su *vida cotidiana*, en su hogar. Pues sólo en tales condiciones el niño puede superar sus resistencias a experimentar y expresar pensamientos, sentimientos y deseos que son incompatibles con las convenciones usuales y en contraste con mucho de lo que se le ha enseñado.

En cuanto al empleo de juguetes, ella observó que era esencial para el análisis *guardar aquellos juguetes significativos* para cada niño que tratase.

Es importante que el niño pueda manifestar su agresividad en la situación analítica, y en especial, que el analista com-

prenda por qué en ese momento particular de la transferencia aparecen impulsos destructivos, observando sus consecuencias en la mente del niño.

M. Klein tomó en cuenta la ilimitada variedad de situaciones emocionales que pueden ser expresadas a través del juego; por ejemplo: sentimientos de frustración y de ser rechazado, celos del padre, madre o de hermanos y hermanas; agresividad acompañando esos celos; placer por tener un compañero y aliado contra los padres; sentimientos de amor y odio hacia un bebé recién nacido o que está por nacer, así como la ansiedad resultante, sentimientos de culpa y la urgencia de reparación.

También dio importancia a la *actitud del niño ante el juguete* que ha dañado, ya que ésta es muy reveladora. A menudo pone aparte ese juguete que por ej. representa un hermano o uno de los padres y lo ignora por un tiempo. Esto indica desagrado por el objeto dañado o por temor persecutorio que la persona atacada (representada por el juguete) se haya vuelto vengativa o peligrosa.

Otros aportes a la Técnica de juego son los de Anna Freud, quien consideró que el juego temprano del niño con su cuerpo y el de su madre estimula su capacidad de diferenciarse de los demás y también ayuda a distinguir entre fantasía y realidad. El juego que el niño desarrolla posteriormente con juguetes, el juego solitario y el juego en grupo son expresión de energías desplazadas, que han sido canalizadas y sublimadas y preparan el terreno para la realización de objetivos, la resolución de problemas y la habilidad de trabajar. (8)

Ella considera que el niño mediante la actividad lúdica, intenta obtener un dominio sobre sus conflictos generados desde su interior y también desea controlar aquellos que provienen de la realidad externa. Desde su perspectiva, el juego es importante porque impulsa al niño hacia una creciente capacidad de autonomía, autoconfianza, socialización y trabajo.



Erikson, sostuvo que la función del juego es una actividad preparatoria de futuros roles adultos. También Peller observó el juego como un derivado de los intentos del yo para relacionarse con la ansiedad y asociado con deprivaciones o golpes ejercidos por la realidad, así como también con presiones originadas en el ello y en el super yo. El juego es una fantasía acompañada por la acción y es posible cuando el grado de ansiedad –que debe ser controlada– no es abrumante. (8)

En cuanto a Winnicott (1968) sostiene que el juego es una forma de vida básica que ayuda a desarrollar la autonomía del niño en relación a los demás. El argumentó que la excitación del juego no está principalmente asociada a expresiones displacenteras, sino que también se asocia con las precarias sensaciones placenteras del niño, que provienen de un interjuego entre la realidad psíquica personal y las experiencias de control de objetos actuales. Este interjuego deriva de las más tempranas experiencias de control mágico de las respuestas maternas y ayuda a que el niño confíe en su disponibilidad y amor y en su propio potencial mágico.

La internalización de estas características establecen las bases de los futuros juegos, que se desarrollan en forma solitaria o acompañada, y en los cuales el niño puede crear o recrear un mundo donde permanece flotando entre la realidad psíquica y la realidad objetiva.

Para Winnicott el juego es el reflejo de la capacidad del niño de ocupar un espacio entre realidad psíquica y realidad externa, en el cual el niño utiliza elementos de ambas realidades. En otras palabras, dicha zona intermedia “espacio transicional” constituye la mayor parte de la experiencia del bebé y se conserva a lo largo de la vida en las intensas experiencias que corresponden a las artes y la religión, a la vida imaginativa y a la labor científica y creadora. (10)

En ese espacio potencial el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra

derivada de la realidad personal. Sin necesidad de alucinar, muestra una capacidad potencial para soñar y vive con ella en un marco elegido de episodios o partes de la realidad externa. Al jugar, el niño manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños e impregna a algunos de ellos de significación y sentimientos oníricos. El juego compromete al cuerpo, para manipular los objetos y también porque algunos intereses se relacionan con aspectos de excitación corporal. En esencia la actividad lúdica es satisfactoria porque canaliza un alto grado de ansiedad. Sin embargo, si ésta sobrepasa los límites, resulta insoportable y se interrumpe el juego (10).

En cuanto al placer vivenciado por el niño durante el juego, él señala que se da cuando el despertar de los instintos no es excesivo; cuando va más allá de cierto punto lleva a la culminación que puede ser frustrada (acompañada de sentimientos de confusión mental e incomodidad física que sólo el tiempo puede curar) o bien alternativa (por ej. cuando sus padres reaccionan a su provocación). El momento en el cual el juego llega a su saturación o culminación, se relaciona con la capacidad para contener y elaborar experiencias. Autores actuales, como Mayes, Marans y Colonna, sostienen que el juego provee una ventana hacia la elaboración de otras estructuras mentales. En el capítulo 4 veremos con detalles dicha función de la actividad lúdica infantil.

## **II. EVOLUCIÓN DEL JUEGO**

Cuando el niño nace necesita adaptarse a un mundo nuevo al cual deberá conocer y comprender. Sus capacidades perceptivas (mirar, oler, escuchar, tocar) van construyendo una noción de ese mundo pero su incapacidad motriz limita su capacidad de exploración. Muchos de sus intentos de explorar se hallarán en la base de su futura actividad de juego. (1;8)

A partir de su nacimiento hasta los cuatro meses el interés del bebé se dirige casi exclusivamente a su madre. A los pocos

días de vida es capaz de reconocerla por la voz y el olfato. desde que nace, el niño sabe mucho sobre su madre.

Como la vista se desarrolla desde el primer momento, el niño ya puede distinguir la luz de la sombra, su capacidad de gustar y reconocer sabores ya es notoria desde las primeras horas de vida y todas sus experiencias van configurando en su mente la imagen de la madre.

Otro sentido muy importante es el tacto, y que el pequeño pueda estar en contacto con la piel de su madre porque le permite elaborar la pérdida de la experiencia de haber estado en el vientre materno. Esta relación física es totalmente necesaria después del nacimiento y la carencia de esta relación satisfactoria trae como resultado trastornos en el contacto con la realidad y lo predispone a enfermedades de la piel (1)

En el tercer y cuarto mes se producen cambios importantes tanto psíquicos como físicos; el niño ya conoce a su madre, y comienza a jugar con su cuerpo (1). Winnicott afirma que las primeras experiencias del niño sano se relaciona con la primera posesión, y esta relación se vincula poco a poco con fenómenos autoeróticos, la succión del puño, del pulgar y más adelante con el primer animal o muñeca blandos y con los juguetes duros.

Cuando el bebé tiene cuatro meses, comienza su actividad lúdica. Empieza a controlar sus movimientos, coordina el movimiento con la vista y ya puede acercar la mano al objeto que ha focalizado con sus ojos siempre que éste se encuentre cerca.

El jugar a las escondidas es la primera actividad lúdica en la cual el niño elabora la angustia de reparación, el duelo por un objeto que debe perder. El niño a esta edad juega con su cuerpo y con los juguetes; desaparece tras la sábana y vuelve a aparecer; también juega con sus ojos a abrirlos y a cerrarlos, tiene el mundo y lo pierde.

El niño ahora es capaz de repetir los sonidos que salen de su cuerpo los escucha y su expresión cambia. Dichos sonidos son los “laleos”, su primer intento de expresión verbal.

El primer juguete que se ofrece es el “sonajero” (deriva de la sonaja, primer instrumento musical), y también algo con él aparece y desaparece: “los sonidos”.

Phillippe Gutton, en cambio, considera que la actividad de un bebé es pre-lúdica, porque el juguete sustituye parcial o totalmente el cuerpo materno y permite al niño asumir su ausencia, abriendo su curiosidad hacia el mundo. Sin embargo el prejuguete, es otra llamada a la madre tanto por su material como por los sonidos que acompañan a su manipulación. Otras de las diferencias que él observa es que el prejuguete es simple, en cambio el juguete es una estructura; y sólo a partir de dicha dialéctica pre-lúdica entre la madre y el niño se puede dar paso al vínculo estructural interno del juguete. (4)

El niño experimenta por medio de movimientos que al golpear un objeto también produce sonidos, lo chupa, lo explora, lo muerde y va reproduciendo experiencias que le tranquilizan. Cuando arroja sus juguetes al suelo, espera y exige que se los devuelvan. Dicha actividad es necesaria porque con ella, el niño experimenta que puede perder y recuperar aquello que ama. (1).

Tanto A. Aberastury como Phillippe Gutton consideran que es una etapa básica para el niño porque experimenta, intuye y elabora que las personas o los objetos pueden tanto aparecer como desaparecer y a través del prejuicio, los niños expresan que son capaces de reconocer objetos, apartarlos y atraerlos hacia sí. En este punto, ambos autores consideran que a pesar de que el niño haya encontrado una forma de elaborar sus angustias de pérdida, reclaman con urgencia incontrolable la presencia de sus verdaderos objetos: sus padres. A esta edad el temor a su pérdida se intensifica y les angustia; su vida emocional está marcada por ella y conforma el motor de las actividades que describimos. (4)

En la segunda mitad del primer año el niño se interesa por los objetos huecos que puedan contener otros objetos penetrantes. Y pasa a utilizar todo lo que le sirva para penetrar; por ej. los ojos, los oídos, las bocas de las personas que están próximas le permiten hacer sus primeras experiencias de exploración. Sus objetos preferidos son pequeños, y son los herederos de sus dedos exploradores.

Otros de los juegos que aparecen en esta edad es jugar con los agujeros (de las bañeras, por ej.) las tazas de juguete, o con una rotura en la pared, o el agujero de una cerradura... un palo, un lápiz, sus dedos, todo sirve para poner y sacar, unir y separar.

Entre los 8 y los doce meses, el niño se desplaza gateando, amplía su campo de acción y comienza una minuciosa y constante exploración. (1)

Alrededor de los dos años, el niño descubre un sistema dialéctico de placeres complejos centrados en una nueva concepción del dentro y fuera que estructura el propio cuerpo en el medio circundante. Los excrementos tienen el significado de un regalo de que el cuerpo del niño acepta separarse y son ofrecidos a la madre con la esperanza de una gratificación (4). Pero debido a las prohibiciones del adulto, el niño busca sustancias permitidas como agua, arena y tierra con la cual jugar, realizando castillos, niños, animales salvajes, líquidos con poderes mágicos; más adelante con la plastilina podrá modelar objetos. (1).

En otras palabras, el objeto anal corporal es sustituido por un objeto neutro que adquiere un sentido en la relación binaria madre-hijo -objeto simbólico- (4). Por lo tanto a partir de dicha prohibición corporal se desarrolla la actividad lúdica. En este periodo del desarrollo se pueden observar algunos casos extremos que tienen un carácter patológico por lo tanto, volveremos a ello en el Cap. III

Otro interés que aparece en esta edad es la fecundidad, consecuencia de la unión; aparecen los tambores, los globos, las pelotas como juguetes predilectos que simbolizan el vientre fecundo, luego se transforman en un medio de comunicación y finalmente para la descarga de sus tendencias agresivas. Al finalizar el primer año, dichos objetos continuarán siendo centro de su interés, porque tanto el cuerpo materno como el propio se simbolizan en las formas esféricas; y persistirán como juguetes a través de los años.

En cuanto al aspecto social del juego en esta edad, Rubinstein y Howes (1976) estudiaron las actividades de niños de 8 a 18 meses y observaron que si bien no jugaban juntos, sí sentían intensamente la presencia de los demás niños (3).

A partir de los 2 años, los niños comienzan a darle vida a sus muñecas (3); tanto los muñecos como los animales predilectos corporizarán a los hijos fantaseados y serán objeto de amor y malos tratos (1;3). En este período comienza el aprendizaje de la maternidad y la paternidad (1). Y ya a esta edad se pueden observar juegos paralelos, es decir cuando el niño disfruta la presencia de otros niños. (3)

Los niños de dos años se observan mutuamente con intensidad y por lo general con una tendencia compulsiva a imitarse (3). Por lo tanto imita aquellas situaciones que están presentes a sus sentidos. (3)

Otras de las actividades que se manifiestan a los dos años es la de trasvasar sustancias de un recipiente a otro. Esa actividad lúdica puede tomarse como indicio que espera y necesita la enseñanza del control de esfínteres, es decir adquirir la capacidad de entregar a voluntad los contenidos del cuerpo. (1)

A partir de los dos años y medio, el niño adopta jugar con sus amiguitos de la misma edad, al escondite y a cogerse por sorpresa (6). También descubre cómo recrear y retener su propia imagen a través de los dibujos y así disminuir la angustia.

El niño comienza a interesarse por su propio cuerpo para luego interesarse por otros objetos inanimados; también cuando dibuja, es el cuerpo su primer interés. La casa que lo simboliza será también objeto central de sus paisajes (1).

Entre los tres y los cinco años el juego del niño se amplía y se complica; su riqueza e intensidad nos permiten evaluar su armonía mental. (1).

En cuanto al juego de las escondidas, los niños de 3 años prefieren esconderse de a dos y que un adulto sea quien les busque. Es extraño encontrar que un niño menor de seis acepte a regañadientes el rol solitario de buscador. (6)

A esta misma edad, el niño combina sus juguetes concentrando cada vez más su atención, y empleando más tiempo con ellos y comienza a jugar un poquito más con otros niños (3). El niño se fascina cuando reúne objetos y disfruta cuando repite ritualmente algunas acciones lúdicas. A los tres años comienza a desarrollarse las amistades y éstas se basan en el interés que ellos tienen ante el mismo tipo de actividades (3).

Los deseos genitales adquieren pujanza y se expresan en todo tipo de actividades. Los juegos sexuales entre niños son la norma y no son negativos sino que contribuyen al buen desarrollo (1). Los juegos sexuales propiamente dichos son el jugar a papás y mamás, al doctor, a la enfermera, a los novios, a los casados, a la sirvienta, y en ellos satisfacen sus necesidades de tocar, de mostrarse, de ser vistos y ver. (1). En estas secuencias se propone tanto la representación de las pulsiones parciales y su realización como también los procesos defensivos utilizados a lo largo de la historia del niño. Las actividades sexuales son el motor de este juego, cuyas secuencias lúdicas se impregnan de múltiples escenas en las cuales se condensan tramas simbólicas y figuraciones reales. (4).

Pasados los 5 años, el varón prefiere juegos de conquista, de misterio, de acción; utilizan pistolas, escopetas, revólveres y

disfraces de Batman o de cowboys. En cambio, la niña tiende a buscar juegos más tranquilos, con muñecas, juegan a la peluquera, a preparar la comida, a servir el té, finge relaciones sociales, y también suele pedir ropa a su mamá y disfrazarse. (1)

A partir de los seis o siete años, muchos de los juegos se elaboran con variaciones y reglas; por ejemplo, entran en la actividad lúdica las largas discusiones –que algunas veces llegan a ser peleas– acerca de las reglas y del juego legal. También están presentes juegos menos estructurados.

Bajo los juegos del escondite, de cogerse por sorpresa o del perseguirse, se va configurando otro tema: el del cazador y el cazado. Entre los 4 y seis años dicho juego se representa como una dramática relación entre animales. A partir de allí, el juego se dirige hacia otro interés el del cruel opresor versus el valiente héroe que se resiste. Por ejemplo, Batman y Robin, Robin Hood, cowboys, -y en la actualidad los personajes de la bola de Drac-.

Las lecturas de ficción, los estudios de ciencias sociales y naturales, las letras y los números, también enriquecen y estimulan al niño, porque proveen una vía de expresión y de confrontación de su propia experiencia sobretodo cuando el juego se sitúa al límite del temor y del triunfo. (1; 6). Por lo tanto con el aprendizaje escolar aparecen nuevos juegos en los que se combinan las capacidades intelectuales con el azar.

El grupo permite que el niño realice el aprendizaje de la competencia y del compartir roles, a través de distintos juegos que van desde el azar hasta la pericia. Por ejemplo, las carretas, la lotería, el dominó, el monopoli que le permiten conocer un mundo nuevo.

Al comienzo, la competencia significa aniquilar, se triunfa sobre alguien pero no con alguien. Uno de los juegos más empleados en esta edad es el “tatetí” o “tres en rayas”, es el símbolo de las vicisitudes que la vida impone hasta llegar a



establecer la situación edípica. Los competidores son los hermanos y se lucha por conseguir la relación exclusiva con los padres al mismo nivel el uno con el otro. (1).

A través del monopoli se inicia el juego con un azar, que simboliza el equipo (los recursos) con el cual iniciamos nuestro enfrentamiento con el mundo. Hay distintas posibilidades de invertir el capital. Los actos de generosidad y avaricia, de derroche y ahorro, se ejercitan revelando mucho de la personalidad del jugador y de su forma de relacionarse con el dinero.

En el ajedrez el motor inconsciente del juego es la necesidad de enfrentar a los padres, entrar en el mundo de adultos y competir con ellos; el éxito depende de la habilidad para lograrlo, conociendo las reglas y utilizando adecuadamente sus capacidades.

Otros juegos que se desarrollan a esta edad son el football, el basquet o el balonmano, la rayuela en los que hay un significado genital encubierto. (1)

Philippe Gutton analiza detenidamente el juego de policías y ladrones y el de la gallinita ciega. En el primero, considera que el niño manifiesta de forma elaborada la ambivalencia en relación con su padre, a la vez temido y deseado.

En dicha actividad lúdica, el ladrón no está definido por los actos delictivos, sino por el hecho de que es perseguido por los guardias. El campo de lo prohibido es excluido. Se pone en evidencia la revisión de una relación erotizada con la autoridad, el poder, la fuerza. El ladrón puede ser atrapado, hecho prisionero, se puede escapar; el guardia puede fracasar en su tarea pero no puede ser cogido; siempre queda intacto. El placer del ladrón consiste en ser atrapado, para luego escapar, y luego ser cogido de nuevo.

A veces los niños sólo representan el papel de ladrones y otros de guardias, en otros casos los papeles se alternan suce-

sivamente como si les gustase representar las dos posiciones de la relación con los padres.

En cuanto al segundo juego, el de la gallinita ciega, el autor observa que el héroe del juego es ciego, al igual que Edipo. El niño que representa la gallina ciega se le vendan los ojos, porque tiene prohibido ver, y ha de coger a los demás compañeros que intentan dentro de un espacio delimitado, escapársele, evitándolo. No puede mirar pero sí tocar. La negación del castigo, la relación de la búsqueda, son momentos intensamente eróticos, durante los cuales –y al tener los ojos vendados– el otro es reconocido gracias a las diferencias de su cuerpo.

Durante los 7 u 8 años, el niño con sus amigos más íntimos pueden jugar durante horas sin la presencia del adulto porque ya saben que hay un adulto confiado que está disponible. Ahora bien, cuando durante el juego uno o varios niños pasan a ser el tirano opresor, los demás niños pueden espantarse o bien resistirse totalmente. A partir de ese momento “la representación” del juego, el hacer como si, se quiebra y emerge la sensación de un peligro real; entonces en ese momento el adulto puede ser visto como un mediador de la pelea y de esta manera los sentimientos se reconducen dentro de los límites de seguridad (6).

Entre los siete u ocho años y hasta llegar a la pubertad, el cuerpo vuelve a tener un papel fundamental. Se intensifica el gusto por la lucha, por las carreras y el football; se acentúa el placer por el escondite, por los juegos de manos. La culminación de estos juegos es el cuarto oscuro (1; 6) donde la exploración y la búsqueda ya tienen contenidos genitales muy evidentes. La oscuridad, como condición necesaria en ese juego, nace en la medida en que se van definiendo más, las capacidades genitales. (1;4)

Cuando el niño ya no juega y abandona estos objetos, es uno de los primeros fenómenos de la pubertad, el juego se borra... y el niño se orienta nuevamente de un modo definitivo

hacia el cuerpo. Esto se debe a que el niño ya ha adquirido la genitalidad.

En este período aparece el aburrimiento, la morbosidad ansiosa. El niño pasa con esfuerzo y en forma progresiva de una relación lúdica a una relación de pareja (sexualizada). En la adolescencia, el juego adquiere significado en relación a la sexualidad: pretexto de encontrarse, actividad narcisística, etc. (4)

### **III PSICOPATOLOGÍA DEL JUEGO INFANTIL**

#### **El Juego en el Niño Autista**

Tustin observa que existe una característica notoria en los niños autistas y es que no pueden jugar; por lo tanto dicha dificultad promueve una barrera para su análisis (9)

Ella diferencia el objeto autista del objeto transicional de Winnicott, porque el objeto autista es sentido por el niño como parte de su propio cuerpo, parece ser una porción extra del cuerpo que garantiza su seguridad. Dicha seguridad es la llave principal de estos objetos autistas. Los objetos externos, son “objetos yo” y ayudan al niño a sentir que existe y que su seguir existiendo está asegurado. Estos “objetos yo” mantienen fuera de la conciencia los penosos destellos de lo que es sentido como peligroso “no yo” que parece amenazar tanto su existencia como su seguridad. Por lo tanto, no deben ser confundidos con el objeto transicional de Winnicott que es una combinación del yo y del “no yo” y que ayuda a ligar a ambos. Podemos decir entonces que el objeto transicional es un puente hacia el “no yo”, mientras que los objetos autistas son una barrera hacia el no yo. (9)

El punto crítico de las dificultades del niño autista es su inhabilidad para hacer el duelo por una pérdida. En lugar de esto, la pérdida (el agujero) es llenada con objetos autistas y formas

autistas. Este fenómeno es lo que Winnicott considera “depresión psicótica”, la ilusoria pérdida ocurrida cuando la organización neuro-mental era tan elemental que el niño no era capaz de conceptualizarla. En un estado más organizado (Winnicott 1952) la misma pérdida sería una pérdida de objeto, sin el elemento agregado de una pérdida de una parte del sujeto. (9)

Ahora bien, ¿qué impide a los niños autistas desarrollar su actividad lúdica?

El niño autista ha compensado sus carencias psicológicas tempranas, a través de la sobrevaloración de los contactos físicos táctiles y las sensaciones que éstos producen. Dichos objetos sensación impiden el desarrollo normal de la imaginación que es esencial para el juego. Los niños al estar protegidos contra la experiencia de pérdida por medio del objeto autista, nunca son estimulados a recordar personas o cosas ausentes a través del dibujo, imágenes y recuerdos. Por lo tanto, los niños autistas son distintos de otros niños en su incapacidad para utilizar el juego imaginativo y en su falta de habilidad para identificarse con los sentimientos de otros (9).

Para poder identificarse con los demás ya sean muñecos o humanos, es necesario tener cierto grado de seguridad sobre su propia existencia e identidad. Pero los niños autistas carecen de ello, y esto constituye un gran obstáculo para su terapia.

Tustin considera que los objetos autistas al ser vivenciados como parte del cuerpo del niño impide que el niño acceda a obtener un mínimo grado de noción sobre la separación corporal de manera tal que pueda sentirse en el lugar de la otra persona.

En cuanto a la capacidad de simbolización, los niños autistas no discriminan entre sujeto y objeto, ni entre lo interno y lo externo. Viven en tal estado de indiferenciación con el mundo que les rodea que se hace muy difícil empatizar con su mun-

do. De esta manera los juguetes brindados por los analistas, no tendrán ningún significado (a nivel de comunicación o de fantasía) sólo lo tendrá a nivel de sensaciones.

Como los objetos autistas son experimentados como parte de su propio cuerpo, los siente “siempre disponibles”. En consecuencia, no ayudan a sostener la tensión ni a demorar la acción y este paso es esencial para que tenga lugar la simbolización. Tanto los objetos autistas como las formas autistas, producen también otro efecto desbastador porque “reemplazan permanentemente” a la madre, invalidando y anulando los cuidados que ella presta. una aniquilación de este tipo es más devastadora que la negación porque estos niños sienten que son atacados por la nada, el vacío, el cual tiene un efecto inhibitorio sobre el juego. Al estar dañado el desarrollo psicológico como para poder jugar, el niño autista se encuentra en una situación desesperada. (9)

### **El juego en el niño psicótico**

En el psicótico el significante y el significado son la misma cosa (ecuación simbólica). A pesar de ellos el niño puede tener aspectos de su personalidad más preservada y los cuales han logrado una organización no psicótica que les permite expresar su conflicto.

Esta dificultad va desde la inhibición total o parcial del juego hasta la desorganización de la conducta.

Otros elementos significativos es el “seudo juego”, que consiste en una serie de conductas en las que el niño “parece” jugar pero en ellas hay una ausencia total o parcial de simbolización; desaparece el “como si” propio del juego de niños normales y neuróticos. (5)

En los procesos psicóticos o prepsicóticos y en algunas afecciones psicósomáticas, se puede observar una fragilidad en la línea intermedia entre expresión fantasmática simboliza-

da y la llegada de ansiedades arcaicas que ocasionan en el niño un profundo temor a jugar. (4)

El niño siente que se encuentra a merced de su propio querer o mejor dicho de su poder, dejándose llevar por una fantasía intensa a la que teme y en la cual están en juego la vida y la muerte. De esta forma, la angustia generada por dicha situación extrema puede bloquear el juego. Dicha inhibición tiene por finalidad oponerse a esa angustia que desencadena esa actividad lúdica., pues en ese momento el juego ya ha perdido su carácter de irrealidad, ya no es una ficción sino que se ha convertido en una realidad (ecuación simbólica). (4).

En el juego de niños psicóticos, también se observa la perseveración o estereotipia, en los cuales se manifiesta una desconexión con el mundo externo cuya única finalidad es la descarga. Se repite la misma conducta –tanto verbal como preverbal– y no hay fines comunicacionales.

Hay que aclarar que la perseveración o estereotipia constituye un aspecto significativo en el juego de los niños psicóticos pero también se pueden presentar tanto en cuadros orgánicos como en neurosis graves.

Dicha rigidez en la actividad lúdica es utilizada frente a ansiedades muy primitivas con el fin de evitar la confusión. A nivel de pronóstico es importante detectar aquellos elementos que constituyan una posibilidad de conexión con el psicólogo y con el objeto intermediario. (5)

### **El juego en el Niño Neurótico:**

Hay una expresión lúdica con reconocimiento parcial de la realidad; la diferencia con el niño psicótico es que el niño neurótico tiene capacidad simbólica que le permite la expresión de sus conflictos mediante el “como sí” en el juego. Es capaz de discriminar y manifestar una mejor interrelación entre fantasía y realidad.

La dinámica de los conflictos neuróticos se presenta entre los impulsos y su relación con la realidad, en donde el yo utiliza en forma predominante pocos mecanismos de defensa que ocasionan un empobrecimiento yoico.

En este sentido, el yo intenta satisfacer el principio de placer pero como éste le genera culpa que el yo no puede tolerar, desplaza el impulso hacia objetos sustitutos alejados del originario. El desplazamiento está al servicio de la represión, promoviendo un círculo vicioso en el cual no se obtiene satisfacción, de esta manera se recurre a consecuentes desplazamientos que evidencian otra vez el conflicto.

Los elementos significativos del juego del niño neurótico es que tienen poca tolerancia a la frustración, discrepancia y sobreadaptación de ciertas áreas que son la manifestación de su debilidad yoica o de la severidad del super yo; limitada capacidad de aprendizaje y mínima utilización de la creatividad que le impiden tomar parte en el juego imaginativo (5,8).

Philippe Gutton señala que los juegos obsesivos aparecen alrededor de los 2 años, y se encuentran en las actividades lúdicas normales, pero éstos llegan a considerarse patológicos cuando, por ejemplo, el niño no juega mucho; los juegos se repiten sin variación alguna (hay rigidez) y sin creación fantasmática. El niño manipula los objetos sin correlación con su forma o color, como si el juguete pareciera neutro; la meticulosidad respecto a los juguetes es extrema y cualquier modificación en su forma o cualquier juguete roto produce una intensa angustia en el niño. Estas estructuras obsesivas precoces corresponderían a anomalías de la constitución de la relación objetal en la primera edad que se aproxima a la psicosis. (4)

### **El juego en el niño Perverso**

En cuanto al juego del niño perverso, Aulaguier concibe que a la inversa de los juegos sexuales, durante los cuales se expresa todo el simbolismo de la castración y la diferencia de

sexos, el juego perverso se basa en la “retractación”, es decir en la prueba de la no-existencia de la castración, unida a que la castración es en su mismo horror, una forma de satisfacción.(4)

Si el juguete es un compromiso simbólico de una realidad aceptada y de las fantasías mediatizadas, el fetiche en cambio, se encuentra en la línea de la “verdad de un deseo” que considera la realidad absurda e inaceptable. Por lo tanto, no habría juegos perversos propiamente dichos pero si se pueden describir comportamientos perversos del niño, por ej. sus actitudes sádicas respecto a los animales, arrancar las alas de una mosca, las patas de las arañas, cortar las babosas y ahogar determinados animales. Los componentes sádicos pueden ser importantes en los juegos y áreas difíciles de distinguir de las anteriores. Por ej.: la prisión del ladrón, la flagelación de las muñecas, la matanza de los ejércitos son situaciones ricas en fantasmas sadomasoquistas, con un juego alternado de identificación (4)

#### **IV. FUNCIONES DEL JUEGO**

El juego es el principal medio de comunicación utilizado por el niño. Dicha actividad infantil constituye el eje principal del desarrollo temprano del niño y avanza simultáneamente con su evolución global.

Los distintos tipos de juego: autocrático o dramático, sólo, en parejas, o en forma interreaccional, siempre reflejan un estado del desarrollo de sus capacidades y también un intercambio entre las mismas tendencias a: equilibrar las demandas del ello, el yo y el superó; diferenciar y experimentar la realidad y la fantasía, manifestar las relaciones objétales; la simbolización, la comunicación verbal y conducta; poner en marcha los mecanismos de defensa y de adaptación. A través del juego podemos observar la evolución de cada una de estas áreas, y



en consecuencia esta actividad infantil es una herramienta a tener en cuenta durante el diagnóstico psicológico del niño. (8).

### **Juego como medio de Comunicación.**

Una de las principales funciones del juego es que constituye un importante medio de comunicación empleado en la infancia; es un sistema de lenguaje. Es de tipo espacial, en la que se incluyen más elementos del proceso primario como el mecanismo de condensación y desplazamiento, y temporalidad actuados en el juego mismo (Siquier de Ocampo)

El juego tiene la estructura del diálogo que evoluciona a partir de la diada madre-hijo (4).

La forma más temprana de comunicación tiene lugar sin la mediación de símbolos verbales y no verbales. De manera directa, pura e irresistible, el niño transmite sus sensaciones a su madre. Si el bebé está inquieto o dolorido, lo que hace es despertar esa inquietud en su madre. Él moviliza a que su madre experimente ese malestar que él mismo todavía no puede aguantar dentro de sí. La mamá debe hacer frente a estas sensaciones de inquietud y luego responder apropiadamente y dar alivio a su bebé. Esta respuesta constituye, probablemente un prerrequisito esencial que permite al niño reconocer en forma gradual que el comportamiento es significativo y que le ayuda a comunicarse (6).

En este sentido, el juego constituye un importante instrumento diagnóstico porque “imprime determinadas características a los contenidos psicológicos que el niño comunica, y a través de su polimorfismo expresivo, el niño transmite de distintas maneras una misma fantasía inconsciente”(5).

La mayoría de las veces el niño elige jugar para comunicarse por la naturaleza ilusoria y alusiva del juego, que le proporciona representaciones ricas en significado, y también un relativo control y seguridad debido a que dicha actividad se desarro-

lla en una zona segura (suspensión de la realidad) (8). En el próximo punto hablaremos de ello en forma más detallada.

### **El juego es como un puente entre la fantasía y la realidad. (Winnicott).**

La más temprana descripción, la realizó Freud cuando señaló que “lo opuesto al juego no es aquello que es serio sino aquello que es real”. En otras palabras, cuando reconocemos que una acción es una “actividad lúdica” implícitamente estamos reconociendo que tal actividad no es la cosa real. (6)

Freud (1924) comparó la utilización del juego en niños, de adultos neuróticos como un “sustituto de la realidad” para distinguirla de la pérdida de realidad que ocurre en la psicosis. La principal diferencia entre fantasía y juego es que éste último casi siempre va acompañado de la acción. (8)

Esta realidad suspendida, presupone que el niño sea capaz de discernir entre realidad y juego y que dichas actividades lúdicas no tengan consecuencias en la realidad (8).

La suspensión de la realidad propia del juego, refleja un eslabón significativo situado entre fantasía y acción directa; entre la realidad interna y la realidad externa conformando un puente entre ellas. Dicho puente o zona intermedia se lo puede considerar como una zona segura, en la cual el niño experimenta sin necesidad de hacer frente a los peligros y las dificultades del mundo externo. (6). En esta zona segura, el niño también puede expresar un deseo de poder y controlar la acción ante cualquier suceso que pueda aumentar o disminuir la producción de placer.

Samuel Ritvo sostiene que si el conflicto se vuelve intenso y largo, se acompaña de regresión y formación del síntoma, el juego tiende también a volverse estereotipado, repetitivo, empobrecido y dominado por mecanismos defensivos. Pierde la riqueza creativa de ilusión e imaginación la cual promueve el progreso en el desarrollo.

Estos rasgos distintivos del juego son importantes porque proporcionan información práctica y fidedigna durante el proceso psicodiagnóstico y la planificación del tratamiento. (8)

### **Estatus del Ello, el Yo y el Super yo**

El juego sirve como una transición que va desde la acción hacia el pensamiento, es una “acción en proceso”; y es difícil decir con certeza cuándo comienza y qué aspectos son característicos del juego.

En este sentido, el principal interés del psicoanálisis radica en una particular forma de juego en la cual se observa la presencia del deseo. El juego deseado o imaginativo, normalmente comienza durante el segundo año de vida, mediante la coordinación de los recursos del yo; incluyendo además, la adquisición del lenguaje, la capacidad de distinguir la realidad externa de la interna; la permanencia del objeto, el inicio de la internalización de expectativas y demandas parentales, las defensas del desplazamiento, la externalización, la transformación de pasivo en activo y la identificación.

Con la incorporación del lenguaje en el juego infantil, el niño es capaz de señalar tanto a sí mismo como al observador, y también es capaz de distinguir qué es juego para él y qué no. Al juego imaginativo o deseado, lo utiliza como un dominio en el cual las fantasías y conflictos pueden desplazarse desde la esfera interna hacia la externa, configurándose así un nivel de realidad suspendida, (en el cual hay elementos que le pertenecen y otros que dejan de pertenecerle).

Como podemos observar existen dos nociones implícitas en esta formulación:

1. El sujeto del juego infantil está determinado por la organización de los impulsos y por las relaciones objétales.
2. Las modalidades de juego se configuran conforme al desarrollo de las funciones del yo -memoria, exploración de la realidad, simbolización, lenguaje y habilidad motora. La forma y compleji-

dad del juego reflejan la estabilidad e integración de dichas capacidades y el contenido representa los logros y conflictos que provienen de cada fase del desarrollo (8)

Es importante considerar aspectos técnicos que nos aporta el juego, uno de ellos es el rol del desplazamiento en el juego y el juego como una preparación para el futuro.

### **Rol del desplazamiento en el juego**

Freud entendió que el niño a través del juego transforma la pasividad en actividad y provee un cambio que va desde la vivencia de sentirse víctima hasta la experiencia de sentirse agresor. Más aún, este cambio puede ser una revivencia de la situación original. Por ej. un niño que ese día fue al dentista y cuando llega a casa juega a ser dentista. Ya se sabe que el niño necesita ser capaz de simbolizar para poder transformar su rol en el juego y de esa manera emplear en él el mecanismo desplazamiento. (8)

### **El juego es una preparación al futuro**

El juego no sólo revela puntos de fijación sino que también revela los pasos que introducen al niño en su futuro. Cuando cambia su rol pasivo en activo, ellos aceptan el rol que les gustaría ser o desearían convertirse. Por lo tanto en el juego se puede observar la influencia del yo ideal y el trabajo del Yo para dominarlo. (8)

La actividad lúdica revisa el pasado, refleja el presente y también proporciona una expresiva construcción de la curiosidad permitiendo al niño prepararse a desenvolver futuros desafíos y oportunidades. (8)

### **Relaciones Objetales: Actitudes Parentales hacia el Juego**

Por más que los padres no estén directamente implicados en el proceso de diagnóstico y tratamiento, es importante

considerar las actitudes de los padres hacia el juego de su hijo.

Winnicott considera que el juego refleja una recapitulación de las más tempranas experiencias de omnipotencia vividas en la relación con su madre. Porque el juego establece y conforma en el niño controles mágicos que sirven de base para desarrollar un sentido de sí y organizar un sentido de yo/no yo.

Si los padres no son capaces de contener este dominio de los impulsos, y de la creatividad o si sus propios conflictos desalientan o interrumpen las actividades lúdicas, imaginativas y placenteras del niño, entonces se pueden cerrar una significativa gama de relaciones con los objetos y los demás.

Otro aspecto importante es ver cómo las actitudes parentales contienen y elaboran sus propios juegos infantiles. Algunos analistas como Winnicott, estuvieron particularmente interesados en la influencia que ejercen las actitudes parentales sobre la habilidad del niño para emplear el juego al servicio de la adaptación intrapsíquica. (8).

Plaut (1979) da importancia a la habilidad de los padres para jugar con sus hijos. Por ej. un padre que no estuvo dispuesto a jugar plácidamente en su propia infancia, es posible que tenga más dificultades para disfrutar del juego con sus hijos.(8)

Delia Battin recuerda además que los niños que pasan su infancia en instituciones no les es posible jugar o tienen dificultades para ello. Esto es debido a que el niño sólo puede manifestar su interés y entusiasmo en actividades lúdicas siempre y cuando sus cuidadores primero, hayan depositado ese interés y confianza en el niño. Tanto en la economía de la libido como en las finanzas uno no puede sacar aquello que no ha sido depositado! (8)

## V. ELEMENTOS QUE APORTA EL JUEGO AL DIAGNÓSTICO

A través de la hora de juego se pueden observar diferentes **actitudes** que los niños adoptan cuando se aproximan a los juguetes. Puede que los observe a distancia, sin tener una participación activa, que espere las indicaciones del entrevistador, dependiendo del mismo; que se aproxime en forma lenta y tomando distancia –evicción– o que actúe con dudas, por ej. cogiendo un juguete y dejándolo de inmediato. Otras actitudes observables son que el niño irrumpa bruscamente sobre los materiales, que esta irrupción llegue a ser caótica e impulsiva o por el contrario que se aproxime, luego de haber pensado qué estructurar y cómo desarrollar la actividad.

Otro factor a tener en cuenta es **el tipo de juguete elegido** por el niño en el momento de realizar el primer contacto, relacionándolo con la etapa evolutiva por la que atraviesa y el conflicto que intenta transmitir. Por ej. si se dirige a objetos de tipo escolar, a juguetes que representan otras modalidades de vínculos –oral, anal, fálico, genital– juguetes inestructurados o de fuerte contenido agresivo. (11)

Son también importantes las *asociaciones verbales* y las emociones que se desarrollan porque permiten comprender el contenido de las fantasías inconscientes del niño. Otro factor a tener en cuenta es *la calidad del juego* que realiza: si tiene principio, comienzo y fin, **–la secuencia–** si es una unidad coherente en sí misma y si los juegos que organiza corresponden al desarrollo intelectual y edad cronológica. (5)

**Modalidad de Juego:** Es el modo en el cual el Yo pone de manifiesto su función simbólica. Cada individuo organiza su juego en función de una modalidad que le es propia. Ana Efron y otros colaboradores, consideran que hay tres grandes caracteres o modalidades de juego:

– **Plasticidad:** es cuando el niño aplica sus recursos yoicos y nos muestra en forma plástica su mundo interno.

– **Rigidez:** es cuando el niño emplea determinados mediadores en forma exclusiva y predominante para expresar la misma fantasía. Esta modalidad empobrece al yo y da como resultado un juego monótono y poco creativo.

– **La perseveración** o estereotipia del juego es una forma patológica de funcionamiento yoico. Su único fin es la descarga, que se repite una y otra vez sin fines comunicacionales.

El papel que desempeña la capacidad del niño para asumir y adjudicar roles en forma dramática, es decir, **la personificación**, es otro indicador que aporta el juego al diagnóstico.

Dicho elemento hay que considerarlo en relación con la edad cronológica del niño; por ej. en niños pequeños se observa con claridad cómo utilizan en forma inmediata el mecanismo de identificación introductiva. El niño asume el rol del otro y se apropia del personaje temido o deseado.

A medida que el niño crece, las personificaciones se enriquecen con figuras imaginarias (hadas, monstruos, cucos) en las cuales ellos identifican sus diferentes imagos.

Cuando el niño alcanza la latencia, tiende a dramatizar roles definidos socialmente, con menor expresión de la fantasía debido al incremento de la represión.

En el juego de prepúberes se puede observar una inhibición de la personificación. Para darle curso a ésta, elige objetos más alejados del medio familiar, por medio de un desplazamiento que se expresa en el área simbólica.

La personificación posibilita la elaboración de situaciones traumáticas, el aprendizaje de roles sociales, la comprensión del rol del otro y el ajuste de su conducta en función del ello, favorece el proceso de socialización e individuación.

La **motricidad** es un indicador que permite observar la adecuación psicomotora del niño en relación a la etapa evolutiva que atraviesa. Es importante ver si juega sólo un rincón del

cuarto o sobre una esquina de la mesa, o bien si se mueve con libertad por todo el cuarto. En el transcurso de la hora de juego, el psicólogo puede observar si existe alguna disfuncionalidad motriz. Un adecuado manejo de las posibilidades motoras permite el dominio de los objetos del mundo externo y la posibilidad de satisfacer necesidades con relativa autonomía. Pero si se plantean dificultades a nivel psicomotor, esto no sucede y provocan frustraciones que incrementan tensiones tanto intra como interpersonal.

Es importante valorar la comunicación gestual y postural, enriquecedores del mensaje, los cuales pueden también mostrar aspectos disociados que se expresan como una discordancia entre lo que se dice y lo que se expresa corporalmente.

En resumen, deberíamos preguntarnos si las alteraciones motoras son consecuencia de un

trastorno neurológico, o psicógeno, o bien si dicha disfunción motriz corresponde a una falta de estimulación ambiental.

La **creatividad**, es la capacidad para o la actividad de realizar algo nuevo original e inventado. Pero es la cualidad de la originalidad y no el producto lo que define el acto creativo o el juego imaginario (7). Como un artista el niño invierte una gran cantidad de elementos emocionales en el proceso creativo y en parte utilizan el juego para presentar una clara línea construida entre el mundo real y el fantaseado.

La dinámica interna de este proceso se expresa mediante un interjuego entre la proyección y la reintroyección de lo proyectado ahora modificado, transformado en un producto cualitativamente distinto, promotor del crecimiento y el cambio estructural que repercute en un aumento de su capacidad de aprendizaje. Ahora bien, para que dicho proceso creativo se lleve a cabo es necesario un yo plástico, capaz de abrirse a experiencias nuevas y que sea tolerante a la inestructuración del campo. (11)



Una adecuada tolerancia a la frustración permite que se forme una representación interna del objeto, en ausencia de éste. Incidiendo en un aumento de la función simbólica y anticipando su conexión con el mismo. Las alteraciones de dicha función se pueden observar en dos direcciones opuestas: la excesiva tolerancia o la absoluta intolerancia. La primera indica una pobreza interna y falta de logros adecuados en el mundo interno, en tanto que la segunda caracteriza a un yo inmaduro que no puede postergar deseos insatisfechos.

La detección del **grado de tolerancia a la frustración** se observa en la hora de juego a través de la posibilidad de aceptar la consigna con las limitaciones que ésta impone - la puesta de límites, la finalización de la tarea y durante el desarrollo del juego, en la manera de enfrentarse con las dificultades inherentes a la actividad que se ha propuesto realizar. (11)

Es importante distinguir en dónde ubica el niño la fuente de frustración, si proviene del mundo interno -la realización de una actividad que se halla muy por encima de sus posibilidades- o bien si la localiza en el mundo externo -desea algo que no está presente-. Es también importante las distintas reacciones que se pueden presentar frente a ella: por ej. si encuentra elementos sustitutos -la cual implica una mayor adaptación- o bien si se desorganiza -por ej. poniéndose a llorar, la cual sería una actitud más negativista.

La capacidad de tolerar la frustración se relaciona íntimamente con el principio de placer y de realidad. El niño tiende instintivamente a la descarga y satisfacción de los deseos y el principio de realidad es el que regula esta satisfacción por medio de sus funciones yoicas. (11)

Este mecanismo regulador favorece al crecimiento del niño y ayuda a que el yo vaya logrando un equilibrio emocional adaptativo y madurativo.

Otro de los elementos a tener en cuenta es **la capacidad simbólica**. El juego es una forma de capacidad simbólica y una vía de acceso a las fantasías inconscientes.

Un monto adecuado de angustia constituye la base para la formación de símbolos. Si los conflictos se expresan en forma directa, puede inhibir en forma parcial o total la actividad lúdica porque provoca un exceso de ansiedad que es intolerable al yo. (11)

El niño, a través de objetos suficientemente alejados del conflicto primitivo, logra que en el juego emerjan las fantasías inconscientes. Dichos objetos cumplen un papel de mediatizador porque apelan a sus posibilidades de elaboración secundaria para expresar la fantasía. (11)

Mientras mayores sean los elementos que el niño emplea para expresar su mundo interno, mayores posibilidades yicas manifiesta, ya que refleja toda una serie de significantes adquiridos mediante un proceso de simbolización. (11)

El símbolo adquiere sentido en el contexto en el cual se expresa.

A medida que el niño evoluciona, aumenta la distancia entre símbolo y lo simbolizado (obj. primario). Al comentar acerca de la elección de los juegos y juguetes (elemento mediatizador de la fantasía inconsciente), hemos considerado de importancia relacionarlo con la edad cronológica del entrevistado (11).

Por medio de dicho mediatizador se puede evaluar:

- **La riqueza expresiva**, la coherencia de la transmisión y concatenación de los símbolos, en una secuencia lógica;
- **La capacidad intelectual**, durante el proceso evolutivo infantil, aumenta la distancia entre significativo y significado y éste va adquiriendo un matiz más compartido en el entorno social, cuya expresión más válida es el lenguaje;

- **La calidad del conflicto**, el niño en sus juegos puede expresar fantasías de tipo oral, anal, uretral, fálico o genital y lo manifiesta en función de sus técnicas habituales de manejo. La intensidad del conflicto es variable y ésta puede determinarse de acuerdo a su forma de expresión elegida y a la reiteración de la fantasía. (11)

La **capacidad de adecuarse a la realidad**, constituye un válido indicador observable en la hora de juego diagnóstica. En este sentido, es importante detectar, si el niño es capaz de desprenderse de la madre y de actuar en forma acorde a su edad, si comprende y acepta la consigna. De esta manera podemos evaluar si el niño puede o no adaptarse a los límites impuestos por esta situación:

– **Aceptación o no del encuadre temporo-espacial:** por ej. hay niños que tienen dificultades para adecuarse al encuadre espacial, manifestándolo por ej. cuando insisten en jugar y emplear la sala de espera como prolongación del despacho.

– **Posibilidad de ubicarse en su rol y aceptar el rol del otro.** Por ej. Negarse a jugar o bien no reconocer que el otro es una persona distinta y desconocida.(11)

## VI OBSERVACIÓN CLÍNICA DE 2 HORAS DE JUEGO

### **Alexia, una niña de 4 años de edad.**

En la última hora de exploración diagnóstica, la testista emplea la hora de juego.

La niña entra al despacho y se sienta. La testista le explica que la caja que tiene en frente es para que ella juegue.

La caja está cerrada. Alexia la arrima y luego la abre lentamente... Va sacando los muñecos y animalitos de a uno. Los pone sobre la mesa pero no los denomina por su nombre en forma espontánea.

La testista pide que le explique cómo se llaman los animalitos, y que le explique qué está realizando.

En un primer momento, la niña no le responde pero, luego de unos instantes comienza a denominar algunos “vaca”, “papá”, otros directamente ni los nombra... continúa sacando más animalitos de la caja.

La testista intenta que la niña explique qué está realizando... pero la niña no contesta y se remite a poner fuera de uno en uno los juguetes de la caja... luego los mete también de a uno en la caja. Allí encuentra un camión y lo saca. Utiliza la parte de atrás para cargar y descargar los demás objetos que extrae de la caja de juegos. Pero a medida que el movimiento se reitera varias veces, la actitud de la niña va volviéndose más agresiva.

La testista toma nota de lo que Alexia realiza, la niña la mira de reojo, hace “mmmm” y se sonríe ... deja los muñecos en la caja... la cierra y dice que no quiere jugar más. Luego toma la mano de la testista (que utilizaba para escribir) y la mete dentro de la caja, pone la tapa encima.

Testista: “oh, estoy atrapada, no puedo salir...”

La niña ríe.

Logran jugar un poquito... la niña toma la vaca y se la da a la testista.

Ella toma el “papá”.

La testista le pregunta qué hace.

La vaca saluda al papá...

El papá responde en forma agresiva... chilla algo y luego se esconde por detrás del borde de la mesa.

Luego, la niña pide a la testista. que esconda la vaca detrás de la caja.

Acerca el papá a la caja.

La testista se asoma y saluda al papá.

La niña guarda nuevamente los muñecos ... abre la caja y cuando lo hace saca unos animalitos, luego un trozo de plastilina y dice que la plastilina “es comida”... lo reparte a los animalitos, comienza a cantar “navidad... navidad, navidad... navidad...”

Está mucho rato repitiendo la misma secuencia y a medida que va transcurriendo el tiempo, el acto de dar de comer se hace más agresivo, tira los trocitos de plastilina.. .mientras canta la misma canción.

Cuando se acaba la plastilina, dice: “ya está”.

La testista pregunta si los animales comieron toda la comida y la niña dice que sí. Guarda los trocitos de plastilina, los muñequitos también. Cierra la caja y dice: “me voy con mi abuela, ya está” Se va hacia la puerta..

La testista intenta retenerle pero Alexia sale del despacho... Concluye la hora de juego.

## **Análisis**

*En la última hora de exploración diagnóstica, la testista emplea la hora de juego.*

*La niña entra al despacho y se sienta. La testista le explica que la caja que tiene en frente es para que ella juegue.*

*La caja está cerrada. Alexia la arrima y luego la abre lentamente. Va sacando los muñecos y animalitos de a uno. Los pone sobre la mesa pero no los denomina espontáneamente por su nombre.*

*La testista pide que le explique cómo se llaman los animalitos, y que le explique qué está realizando.*

*En un primer momento, la niña no le responde pero, luego de unos instantes comienza a denominar algunos “vaca”, “papá”, otros directamente ni los nombra... continúa sacando más animalitos de la caja.*

Podemos observar que Alexia toma una actitud evitativa hacia los juguetes, los coge y los deja en la mesa sin adjudicarles roles o nombres a estos personajes que ha escogido.

A través de la intervención de la testista que le amplía la consigna, Alexia, luego de un instante puede aceptar la propuesta de la testista, nombrando sólo dos muñequitos “vaca”, “papá”. Mientras saca los demás no explica qué hace, ni quiénes son.

Escoge juguetes más estructurados tales como animales o personas.

*La testista intenta que la niña explique qué está realizando... pero la niña no contesta y se remite a poner fuera de uno en uno los juguetes de la caja... luego los mete también de a uno en la caja. Allí encuentra un camión y lo saca. Utiliza la parte de atrás para cargar y descargar los demás objetos que extrae de la caja de juegos. Pero a medida que el movimiento se reitera varias veces, la actitud de la niña va volviéndose más agresiva.*

La niña juega de manera rígida, con pocos recursos internos como para realizar un juego flexible, no puede incluir en su juego el diálogo, ya que éste está muy limitado a la acción: el meter-sacar, actividad propia de niños más pequeños.

Dicha acción se reitera, cuando Alexia escoge el camión –otro mediatizador de la misma fantasía inconsciente– con el fin de emplearlo para carga y descarga de los demás materiales ofrecidos.

*La testista toma nota de lo que Alexia realiza, la niña la mira de reojo, hace “mmmm” y se sonríe ... deja los muñecos en la caja... la cierra y dice que no quiere jugar más. Luego toma la*

*mano de la testista (que utilizaba para escribir) y la mete dentro de la caja, pone la tapa encima.*

*Testista: "oh, estoy atrapada, no puedo salir..."*

*La niña ríe.*

*Logran jugar un poquito... la niña toma la vaca y se la da a la testista.*

*Ella toma el "papá".*

*La testista le pregunta qué hace.*

*La vaca saluda al papá...*

*El papá responde en forma agresiva...chilla algo y luego se esconde por detrás del borde de la mesa.*

*Luego, la niña pide a la testista. que esconda la vaca detrás de la caja.*

*Acerca el papá a la caja.*

*La testista se asoma y saluda al papá.*

*La niña responde en forma excitable.*

*La niña guarda nuevamente los muñecos ..*

La niña ya no acepta el rol de la testista como observadora no participante, aumenta su ansiedad (¿persecutoria?), lo cual produce una modificación en su adecuación a la situación diagnóstica. Con este juego aparente entre niña y terapeuta (esconde y tapa la mano de la testista) intenta mantener el control sobre la testista, evitando así que anote y acaparando por completo su atención.

Considero que hay un intento de personificación cuando la niña da "la vaca" a la testista y ella toma el "papá", asumiendo el rol del personaje temido o deseado.

A pesar de esto se observa una marcada pobreza en la estructura del juego, en el contenido y secuencia del mismo.

La vaca saluda al papá y cuando éste responde con un chillido ... el juego se modifica (las escondidas), pero la niña se muestra más excitada y este aumento de la ansiedad lleva a que la niña guarde los muñecos en la caja. A caso sus fantasías inconscientes transmitidas en el juego han pasado a acercarse a su realidad interna que la niña ya no vive el acto de jugar como una zona segura sino que lo experimenta como una realidad amenazante y por ello lo interrumpe, lo fragmenta, evitando así su desenlace?. O bien dicha interrupción es sólo debida a un incremento de su ansiedad difícil de controlar ?

*Luego de un instante, Alexia abre nuevamente la caja. Saca unos animalitos, los ubica a todos en el mismo sector de la mesa. Encuentra un trozo de plastilina y dice que la plastilina "es comida"... la reparte a los animalitos, comienza a cantar "navidad.. navidad, navidad... navidad....."*

*Está mucho rato repitiendo la misma secuencia y a medida que va transcurriendo el tiempo, el acto de dar de comer se transforma en una lluvia de comida (como si nevase), haciéndose más agresivo, tira los trocitos de plastilina...mientras canta la misma canción.*

*Cuando se acaba la plastilina, dice: "ya está".*

Alexia utiliza el "como si" empleando la plastilina representando comida. Al comienzo de esta secuencia se vislumbra algún fin comunicacional, pero a medida que transcurre el juego hay una marcada reiteración y predominio de las mismas acciones –en el canto y en la actitud de dar de comer– que van deteriorando el mensaje de aquello que pretendía transmitir, (compulsión a la repetición).

Si bien no agrede explícitamente a los juguetes, presenta una actitud irascible durante la utilización de los mismos (con el camión, con el papá, y en este caso al tirar la plastilina)

Otro elemento a tener en cuenta es que la niña concluye el



juego cuando se le acaba “la comida” y dice “ya está” no intenta buscar otro mediatizador con el cual continuar jugando, ha llegado a la saturación lúdica.

*La testista pregunta si los animales comieron toda la comida y la niña dice que sí. Guarda los trocitos de plastilina, los muñequitos también.*

*Cierra la caja y dice: “me voy con mi abuela, ya está” Se va hacia la puerta..*

*La testista intenta retenerle pero Alexia sale del despacho... Concluye la hora de juego*

La niña ya no tolera más la situación de juego, su nivel de ansiedad es tal que necesita ver si sus familiares están en la sala de espera. “Me voy con mi abuela”. Si bien la niña desea salir del despacho cuanto antes, no acepta quedarse allí por más tiempo, tampoco se escapa ya que logra despedirse de la terapeuta antes que la hora de juego se acabe. A raíz de ello podemos decir que hay un intento de la niña de adecuarse a la realidad, aceptando la consigna y las limitaciones temporoespaciales del encuadre, pero debido a al incremento de la ansiedad Alexia interrumpe el juego e inmediatamente se despidió de la testista.

### **Hora de Juego de un niño de 8 años**

*Cuando la testista le dice que allí tiene la caja si prefiere jugar o bien los colores y papel si quiere dibujar, el niño elige dibujar antes que jugar. Dibuja un dinosaurio con trazo bastante inmaduro... Dice: “Necesitaré más hojas para terminar el dibujo.” La testista le recuerda que también puede jugar.*

*El niño saca unas piezas de construcción. Hace una torre (no dice nada) luego añade unas piezas. La testista le pregunta ¿qué es? y él dice: “Es una torre” Saca más piezas de construcción, busca en la caja y hace 2 torres una más pequeña que otra y por último pone una pieza de construcción sola (la*

más pequeña de todas). Mientras señala las torres de la más grande a la más pequeña dice: “Está es la grande, la pequeña, la mediana y la más pequeña de todas”. No y vuelve a señalarlas de mayor a menor. “La grande, la mediana, la pequeña y la otra. Después de unos instantes dice: “voy a hacer una torre más grande que ésta (señala la grande).

Testista: “¿Te servirán para algo?”

Niño: “Están en la calle de la Sagrada Familia. Cuando intenta hacerla se le caen las piezas... luego exclama: “Es un barco”.... “Parece que estas torres están en el puerto (mientras, señala con la mano algo que las delimita).

Testista: “¿Qué más le ocurren?”

Niño: “Nada más ... las que están en la caja son las piezas que no me gustan”.

Testista: “¿Qué es esto?” (La testista señala la construcción)

Niño: “Otro barco. Ya está.” “Las torres sirven para ver todo el puerto y son como faros”. Intenta poner otra pieza encima de la torre y dice: “Esto es lo malo de las construcciones, cuando intentas poner algo...

Testista: “se caen”

Niño: Sí.

Mientras, recoge una pieza con un hueco en el medio y mira por él (como si fuese un telescopio) y luego la guarda.

Testista: ¿Qué es eso?”

Niño: “Es una cámara de fotos”. Sigue metiendo las piezas de una en una.

La testista le explica que tuvieron una cámara, que filmaron la sesión.

Testista: “¿Qué te gustó más?”

Niño: “Con las cajas de zapatos, monto torres, castillos, una casa, cuerdas...”

Testista: Tú juegas con animales o muñecos?

Niño. “Sí”

Testista: Aquí no querías.

Niño: Ah, sí, hay una cámara allí, (señala algo que está detrás de la testista). y se distancia ... Él desaparece de la imagen, se retira del objetivo. Se escucha que comenta: “La loco-peda (testista: logopeda) me dijo que habría una cámara y que me filmarían”

Quiere salir del despacho.

Testista: “Antes de comenzar nos pusimos de acuerdo con tu papá para poder filmar. El próximo día vendrán tus padres y hablaremos acerca de lo que hemos realizado.

Niño: “Ya lo sé porque yo me quedaré...” Se dirige hacia la puerta.

La testista se levanta y le acompaña.

## **Análisis**

Entra al despacho, se sienta y escucha detenidamente la consigna. Cuando la testista le dice que allí tiene la caja si prefiere jugar o bien los colores y papel si quiere dibujar, el niño elige dibujar antes que jugar. Dibuja un dinosaurio bastante inmaduro... Dice: “Necesitaré más hojas para terminar el dibujo.”

La testista le recuerda que también puede jugar.

El niño acepta la consigna y como la testista da la posibilidad de elegir, él opta por realizar un dibujo, elección acorde a su edad cronológica. Una vez que acaba con su dibujo, la testista explica: “ahora puedes jugar” .El niño acepta dicha propuesta, acercando la caja de juguetes hacia él.

*El niño saca unas piezas de construcción. hace una torre (no dice nada) luego añade unas piezas . La testista le pregunta qué es? y el dice: “es una torre” Saca más piezas de construcción, busca en la caja y hace 2 torres una más pequeña que otra y por último pone una pieza de construcción sola (la más pequeñita de todas). Mientras señala las torres de la más grande a la más pequeñita dice: “Está es la grande, la pequeña, la mediana y la más pequeñita de todas”. No y vuelve a señalarlas de mayor a menor. “La grande, la mediana, la pequeña y la otra.*

Luego de utilizar elementos escolares –tales como papel y lápiz–, escoge material inestructurado como las piezas del lego. Mientras elabora su “torre” el niño no hace ningún comentario sobre aquello que realiza. Una vez que la testista amplía la consigna, el niño la acepta y explica que aquello que él ha realizado es “una torre”.

A pesar de observarse un juego bastante reiterado en su modalidad de expresar la misma fantasía –torres que varían sólo en su tamaño–, a través de las preguntas de la testista por ej. “dónde están ubicadas”, él niño puede dar algo más de sí, otorgándoles una posición geográfica “Están en la calle de la Sagrada Familia”, pone en marcha su capacidad simbólica la cual se halla poco estimulada.

*Después de unos instantes dice: “voy a hacer una torre más grande que esta (señala la grande).*

*Testista: “Te servirán para algo?”*

*Niño: “Están en la calle de la Sagrada Familia. Cuando intenta hacerla se le caen las piezas... luego exclama: “Es un barco”.... “Parece que estas torres están en el puerto (mientras, señala con la mano algo que las delimita).*

*Testista: “Qué más le ocurren?”*

*Niño: “Nada más ... las que están en la caja son las piezas que no me gustan”.*

*Testista: ¿Qué es esto?"*

*Niño: "Otro barco. Ya está." "Las torres sirven para ver todo el puerto y son como faros".*

En este primer movimiento "cuando quiere hacer una torre más grande pero se le cae y realiza un barco" el niño puede apelar a sus recursos internos para modificar su objetivo por otro más accesible a sus posibilidades. Dicha nueva construcción "el barco" permitió que el niño diese otro significado y ubicación a las torres, representándolas en el puerto, y adjudicándoles diferentes funciones: como punto de observación y además como posición estratégica útiles a los barcos. en este sentido el juego toma mayor significación.

*Intenta poner otra pieza encima de la torre y dice: "Esto es lo malo de las construcciones, cuando intentas poner algo...."*

*Testista: "se caen"*

*Niño: Sí.*

*Mientras, recoge una pieza con un hueco en el medio y mira por él (como si fuese un telescopio) y luego la guarda.*

*Testista: Qué es eso?"*

*Niño: "Es una cámara de fotos". Sigue metiendo las piezas de una en una.*

*La testista le explica que tuvieron una cámara y que filmaron la sesión.*

*Testista: "qué te gustó más?"*

*Niño: "Con las cajas de zapatos, monto torres, castillos, una casa, cuerdas..."*

*Testista: Tú juegas con animales o muñecos?*

*Niño. "Sí"*

*Testista: Aquí no querías..*

Se puede observar que no emplea juguetes que representen animales o personas.

A nivel de secuencia de juego tampoco se observa un principio, un desarrollo y desenlace en torno a algún argumento en particular, simplemente el niño describe dos lugares en el cual estas torres ocupan una función.

*Niño: Ah, sí, hay una cámara allí, (señala algo que está detrás de la testista). Y se distancia ...Él desaparece de la imagen, se retira del objetivo. Se escucha qué comenta: "La locopeda (testista: logopeda) me dijo que habría una cámara y que me filmarían"*

*Quiere salir del despacho.*

*Testista: "Antes de comenzar nos pusimos de acuerdo con tu papá para poder filmar. El próximo día vendrán tus padres y hablaremos acerca de lo que hemos realizado.*

*Niño: "Ya lo sé porque yo me quedaré..." Se dirige hacia la puerta.*

*La testista. se levanta y le acompaña.*

En esta última parte de la hora de juego diagnóstica el niño parece estar más inquieto y pendiente del entorno (acaso se han movilizado las ansiedades persecutorias?). Cuando encuentra la cámara se aparta y desea irse... luego se tranquiliza porque apela a su recuerdo de aquello que le dijo su logopeda... puede adecuarse a las limitaciones que el encuadre propone, escuchando a la testista y despidiéndose de ella.

## **VII CONCLUSIONES**

Las observaciones de las horas de juego, han contribuido en gran parte a la realización de la teoría del desarrollo funcional, estructural y a comprender con mayor amplitud el mundo interno de niños pequeños.

Es de destacar el origen y la evolución de la técnica del juego concebida por Melanie Klein, quien a través de la interpretación y análisis del juego infantil ha fundado las bases teórico-técnicas del psicoanálisis de niños. Ella, consideró que el juego de niños constituye la principal vía de acceso a las fantasías inconscientes infantiles, al igual que los sueños lo son para los adultos.

En la actualidad el juego es considerado como el principal medio de comunicación de los niños, y a lo largo del desarrollo evolutivo infantil dicha actividad va cobrando forma. El acto de jugar permite al niño tomar parte activa en el mundo externo, plasmar sus deseos y temores en una zona segura situada entre la realidad y la fantasía, entre el mundo externo y su realidad interna a la que Winnicott denomina “espacio transaccional”.

Existen algunos niños que no pueden desarrollar su actividad lúdica. Es el caso de los niños autistas quienes tienen bloqueada la posibilidad de realizar este puente entre mundo interno y externo, por su inhabilidad para elaborar el duelo por una pérdida.

Los niños psicóticos, en cambio, tienen graves dificultades para adecuarse a la realidad, su manera de jugar es perseverante, estereotipada y sin fines comunicacionales, presentan un “seudo juego”, que al no poner en marcha su capacidad simbólica, desaparece el “como sí” o juego imaginativo propio de niños neuróticos y normales.

Los niños neuróticos por su parte, utilizan el “como sí” sin tanta riqueza expresiva, hay predominio de determinados mediatizadores, repetición de la misma fantasía inconsciente. Algunos autores consideran que esta falta de creatividad y dificultad de elaborar un juego imaginativo proviene de una debilidad del yo o bien de la extrema rigidez del Super yo.

Los casos presentados en este trabajo podrían corresponder a niños con estructura predominantemente neurótica, ya

que durante sus correspondientes horas de juego han manifestado una manera bastante rígida para jugar, dificultades en la realización de un juego imaginativo, comprometiendo muy poco su capacidad simbólica.

Alexia, la niña pequeña de 4 años, presenta dificultades para la personificación y elaboración del juego imaginativo propio de su edad. En el transcurso de su hora de juego muestra poca tolerancia a la frustración, interrupción del juego (fragmentación) evitando llegar a su conclusión.

En cambio, es más esperable que en el niño de 8 años la personificación no esté presente, ya que en esta etapa evolutiva comienza a haber una inhibición de la misma. Observamos que escoge materiales más adecuados a su edad. Por ej. material escolar. Hay bastante adecuación a la realidad, aceptación de la consigna, encuentra otros recursos internos para hacer frente a sus propias frustraciones –si bien no puede construir una torre más grande puede elaborar otro objeto que modifica a su vez el significado de las anteriores construcciones–. Sin embargo, podemos ver que es un niño que necesita ser estimulado por el entorno, para poner en marcha sus funciones yoicas que se hallan debilitadas.

En síntesis, la realización de este trabajo me ha permitido conocer en profundidad el comienzo de la técnica de juego, el desarrollo de las distintas variables implícitas en la actividad lúdica en relación a las etapas evolutivas infantiles, las funciones lúdicas y en particular los elementos que aporta el juego al diagnóstico, a partir de los cuales el juego puede considerarse un válido instrumento para la realización del psicodiagnóstico infantil.

Durante la elaboración de este trabajo, he tenido la posibilidad de observar cómo juegan los niños de P4 (y también de P3) en sus horas de patio, las cuales fueron de utilidad para comprender el desarrollo y evolución del juego en niños normales.



Otras prácticas realizadas durante el postgrado han permitido aproximarme al rol del psicólogo clínico durante el proceso psicodiagnóstico, cuya función es identificar aquellos elementos implícitos tanto en la actividad lúdica, como durante toda la labor diagnóstica.

A través de los distintos seminarios incluidos en el Postgrado, y en particular aquel que trata sobre el proceso psicodiagnóstico, he podido focalizar la validez del análisis de cada hora de juego tomada como “una unidad en sí misma”(11), en la cual se puede identificar las actitudes del niño durante el juego, la modalidad del mismo, la calidad de los recursos internos del niño, el tipo de ansiedades y defensas utilizadas en la misma, su adecuación a la realidad; capacidad simbólica, creatividad, etc.. los cuales son indicadores implícitos en el juego y que hacen del mismo un importante Instrumento psicodiagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aberastury, Arminda (1977) "El Niño y sus Juegos" Ed. Paidós, Buenos Aires.
2. Campo, A.J. y Ribera C. (1989) "El Juego y los Niños y el Diagnóstico: La hora de Juego". Paidós Psicometría y Psicodiagnóstico. Barcelona- Buenos Aires.
3. Cohen, David. (1993) "The Development of Play". Second Edition, Routledge. London and New York.
4. Gutton Philippe (1976) "El Juego de los Niños". Colección Navidad, Ed. Nova Terra, Barcelona.
5. Grinberg, Rebeca: "Consideraciones Teóricas sobre la Técnica en Análisis de Niños".
6. Hoxter, Shirley (1991?) "Play and Communication"
7. Klein, Melanie (1976) "La técnica Psicoanalítica del Juego: su historia y significado" Obras Completas . Nuevas Ediciones en Psicoanálisis. Paidós, Horme. (19-39).
8. Solnit, A.J.; Cohen, D. J; Neubauer, P.B. (1993) "The Many Meanings of Play. a Psychoanalytic Perspective". Yale University Press. New Haven and London.
9. Tustin, Frances (1988) "Los niños que no pueden jugar" Int. Rev. Psycho-Anal. Traducido por Cynthia Seiguer Vol. 15, 93-106.
10. Winnicott, D.W. 1996 "Realidad y Juego" 6ª Edición. Gedisa Editorial, Barcelona.
11. Woscoboinik, Pola y col.: "La hora de Juego diagnóstica". Cap. 1. El proceso diagnóstico y las Técnicas Proyectivas, de Siquier de Ocampo. De. Nva Visión.

## **ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA PROVINCIA DE TARRAGONA\*.**

**Andrés García Siso\*\***

### **INTRODUCCIÓN:**

Se estudia la depresión infantil en la clínica ambulatoria especializada, a partir de los casos nuevos que acuden al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) durante 1997. La incidencia y prevalencia de los pacientes depresivos en niños y adolescentes, componen junto al grupo de menores con trastornos de conducta, la patología más frecuentemente atendida en un CSMIJ. Además, por estudios epidemiológicos de nuestro entorno (1), sabemos la alta prevalencia de la depresión, alrededor del 16% (la prevalencia anual de trastorno mental en Reus a los 18 años es de 20-29%), en sentido amplio, y de un 2.4%, si restringimos a un episodio depresivo, a los 18 años. También nos preocupa el saber si algunas variables sociodemográficas están influyendo en la depresión que acude a nuestros centros, así como saber con cierta precisión la combinación de tratamientos que estamos empleando y aproximarnos a una evaluación de su eficacia.

Estudiaremos los factores de riesgo de nuestros pacientes, en tanto que diferentes trabajos nos muestran las correlaciones existentes entre depresión infanto-juvenil y distintos factores de riesgo, especialmente los familiares. Así, los trastornos infantiles del sueño están muy ligados (2) a la angustia y depresión de

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se celebró en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* CSMIJ Tarragona. Instituto Pere Mata. Universidad Rovira i Virgili.

la madre, sobre todo en el postparto. Otro importante estudio (3) de una cohorte de 1.151 casos, durante 4 años, confirma que la principal asociación de la depresión materna con hijos de 5-7 y de 8-12 años, es el trastorno de comportamiento e hiperactividad, aunque 4 años después no se confirma en el grupo de menores, pero sí en el de mayores. Sin embargo, en un estudio (4) realizado con 696 padres que describían su estado depresivo y el comportamiento de sus hijos, contradice al anterior, pues no encuentra diferencias con el grupo control; este resultado en parte puede deberse a que los únicos informantes son los padres, mientras que en el anterior, son también los maestros y los chicos. El sexo parece propiciar una diferente vulnerabilidad a los factores de riesgo, así (5), las experiencias infantiles (dificultades en el vínculo madre-hijo y síntomas neuróticos durante la infancia) predisponen más a la depresión a las chicas que a los chicos. Es de interés poder intervenir sobre los factores de riesgo y en los momentos oportunos, así (6), la depresión postparto es el momento idóneo para prevenir trastornos en hijos de madres que sufren depresiones crónicas o recurrentes.

Además de los factores del entorno, no podemos olvidar (7) que, la enfermedad orgánica incrementa significativamente la probabilidad de padecer un trastorno mental.

## **ESTUDIO:**

### **Finalidad:**

Mejorar la organización de nuestras intervenciones, a partir de tener un mayor conocimiento de nuestra realidad asistencial. Se trata de una aplicación de la epidemiología clínica a la calidad asistencial y evaluación de tratamientos.

### **Objetivos:**

Estudio descriptivo de las características sociodemográficas, diagnósticas y terapéuticas, del grupo Depresivos.

### Hipótesis:

¿Cómo influyen las variables sociodemográficas (edad, sexo, población...) sobre el subtipo depresivo, sobre los factores de riesgo y sobre el tratamiento empleado?

¿Cómo influye el subtipo de depresión y los factores de riesgo sobre el tipo de tratamiento?

¿Cómo influyen las variables sociodemográficas, de diagnóstico y de tratamiento, sobre el alta?

### Material y método:

Sujetos: Grupo Depresivos (n = 320 casos).  
Grupo control (n = 313 casos).

Instrumentos: 1. Equivalencia CFTMEA y CIE-10. CFTMEA (Diagnósticos principal, complementario y de Factores de riesgo).  
2. Protocolo de recogida de datos: Sociodemográfico, Diagnóstico y Terapéutico.

### Equivalencias diagnósticas CFTMEA y CIE-10.

#### GRUPO DEPRESIVOS

CFTMEA	CIE-10
1. Psicosis distímica	F10.2, F31, F32.3, F33.3 (psicosis depresiva y bipolar)
2. Neurosis depresiva	Episodio depresivo leve F32.0, Episodio depresivo moderado F32.1, Episodio depresivo grave no psicótico F32.2. Episodio depresivo recurrente (F33.0, 33.1, 33.29) Distimia F34.1
3. Trastornos de personalidad	
Disarmonía evolutiva	Personalidad lábil F60.3 F60.8
Patología anaclítica, límite	Trastorno de vinculación infantil reactivo o desinhibido F94.1,94.2
Depresiones ligadas a T.P	Trastorno disocial depresivo F92.0 Trastorno mixto de conducta y emociones F92.8
4. Trastornos reactivos	
Depresión reactiva	Reacción depresiva leve F43.20 Reacción depresiva prolongada F43.21 Reacciones mixtas de ansiedad y depresión F43.22

## Equivalencias diagnósticas CFTMEA y CIE-10. GRUPO CONDUCTUALES

CFTMEA	CIE-10
1. Psicosis	
Psicosis esquizofrénicas de inicio en la adolescencia	F20.0, 1,2,6; F25(0-9).
2. Neurosis	
Caracteres neuróticos	F65.5, 60.(4-8), F61 (comport).
Trastornos neuróticos con predominio de alteraciones instrumentales	F40 a F45 + (F80, 81, 82, 83)
3. Trastorno de personalidad	
Caracterial o psicopático	F91, F60.2 (conducta/disocial)
Organización tipo perverso	F65
4. Trastornos reactivos	
Manifestaciones reactivas diversas (mental, comportamental, escolar, social)	F43.23,24,25,28 (Son alteraciones adaptativas)

### Protocolo de recogida de datos: Socio-demográfico, diagnóstico y terapéutico

<b>Sociodemográfico</b>	Edad, Sexo, Tamaño de la población en que reside
<b>Diagnóstico</b>	Motivo de solicitud, Diagnóstico principal, Diagnóstico complementario, Identificación de factores de riesgo orgánicos y del entorno
<b>Protocolo de registro del Tipo de tratamiento</b>	Pruebas de diagnóstico psicopatológico Exploraciones médicas, educativas o sociales Psicoterapias individuales (focal, profunda.) Psicoterapia individual de apoyo y cognitivo-conductual Psicoterapia familiar Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar Psicoterapia grupal Tratamiento psicofarmacológico Interconsulta con otros equipos Cuantificación del número total de visitas y del número de absentismos.

### Tratamiento estadístico

Descriptivos. Ji-cuadrado para comparaciones cualitativas (entre subgrupos depresivos, entre variables del mismo grupo

general de depresivos y entre Depresivos y control). Es la prueba que usamos básicamente, aunque también utilizamos T-test, para comparar variables cuantitativas (para el estudio del número de visitas totales, o del número total de factores de riesgo). No expondré pormenorizados todos los resultados, debido al mucho espacio que ocupan. Señalar que las significaciones estadísticas se exponen para apreciar la intensidad de dicha significación, y por descontado que, las pruebas realizadas, sea Ji-cuadrado o T-test, cumplen todas las condiciones, para que puedan ser aplicadas.

## RESULTADOS HALLAZGOS DESCRIPTIVOS EN EL GRUPO “DEPRESIVOS”

SOCIODEMOGRÁFICOS													
1.	<p>Los Trastornos Depresivos constituyen el 23% (n=325) de los primeros casos (n=1.365) tratados en 1997 en el CSMIJ de la provincia de Tarragona.</p> <p>La Incidencia clínica de ese año es de 0.25% (N=325) y la Prevalencia clínica del 0.36% (n=450).</p> <p>La Incidencia clínica total del CSMIJ en 1.997 es de 1.1%, y la prevalencia clínica total es de 1.9%.</p>												
2.	<p>Perfil del paciente depresivo:</p> <p>Sexo: El paciente es en igual proporción varón (51%) o mujer (49%)</p> <p>Edad: El número de casos aumenta progresivamente con la edad, excepto entre los 12-14 años:</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0- 2 años</td> <td>0.3%</td> <td>9-11 años</td> <td>21.3%</td> </tr> <tr> <td>3- 5 años</td> <td>9.1%</td> <td>12-14 años</td> <td>17.2%</td> </tr> <tr> <td>6- 8 años</td> <td>17.5%</td> <td>15-17 años</td> <td>34.7%</td> </tr> </table>	0- 2 años	0.3%	9-11 años	21.3%	3- 5 años	9.1%	12-14 años	17.2%	6- 8 años	17.5%	15-17 años	34.7%
0- 2 años	0.3%	9-11 años	21.3%										
3- 5 años	9.1%	12-14 años	17.2%										
6- 8 años	17.5%	15-17 años	34.7%										
3.	<p>Mayoritariamente residen en poblaciones entre 9-30.000 habitantes</p> <p>Prevalencia referida a toda la población (no sólo a la de 0-17 años):</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Poblaciones</td> <td colspan="2">Prevalencia</td> </tr> <tr> <td>&lt;4.000 h.</td> <td>0.44%</td> <td>9-30.000 h.</td> <td>0.85%</td> </tr> <tr> <td>4-9.000 h.</td> <td>0.58%</td> <td>&gt;80.000 h.</td> <td>0.51%</td> </tr> </table>	Poblaciones		Prevalencia		<4.000 h.	0.44%	9-30.000 h.	0.85%	4-9.000 h.	0.58%	>80.000 h.	0.51%
Poblaciones		Prevalencia											
<4.000 h.	0.44%	9-30.000 h.	0.85%										
4-9.000 h.	0.58%	>80.000 h.	0.51%										
4.	<p>Y son principalmente detectados y derivados por el médico de asistencia primaria:</p> <p>ABS 61%, Justicia 7% Bienestar social 5% Educación 15% Directo 12%</p>												

<b>DIAGNÓSTICO:</b>		
1. El motivo de solicitud es explicitado como:	Trastorno de las emociones 32% Trastorno del comportamiento 44% Expresión somática 7% Aprendizaje 2% Lenguaje 2% Burocráticos 5% Otros 25%	
2. La distribución de los subtipos diagnósticos de Depresión	Depresión psicótica 1% Depresión en trastornos de la personalidad 28% Depresión neurótica 39% Depresión reactiva 32%.	
3. Diagnóstico complementario	Un 26% de los casos tienen un diagnóstico complementario o comórbido, tanto de algún trastorno instrumental (Hiperpiesia-inatención, retraso de lenguaje o trastorno léxico-gráfico...), como de otro de expresión somática (psicosomático, sueño, enuresis...) Hiperpiesia-inatención 3.5% Retraso del lenguaje 2.5% Trastorno léxico-gráfico 2.0% Trastornos del sueño 4.0% Trastornos psicosomáticos 3.0% Enuresis 2.0%	
4. Factores de riesgo	El 80% de los casos presentan Factores de Riesgo: con 1 Factor de riesgo 34% con 2 Factores de riesgo 34% con 3 o más Factores de riesgo 12% Los F R Orgánicos se dan en el 13% (Afecciones somáticas invalidantes, epilepsias...) Los FR Entorno en el 75% (Trastorno mental en la familia, contexto familiar peculiar...) Ambos en el 8%	



TRATAMIENTOS:	
1. Tipos de tratamiento según su intensidad anual:	
Ultrabreve (1-3 visitas):	48% de casos (se incluyen abandonos precoces).
Breve (4-10 visitas):	45%
Prolongado:	5%
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	
Pruebas de diagnóstico psicopatológico:	33%
Exploraciones médicas, educativas o sociales	17%
Psicoterapias individuales (focal, profunda.)	41%
Psicoterapia individual de apoyo	23%
Psicoterapia familiar	14%
Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar	39%
Tratamiento psicofarmacológico	13%
Grupal:	2%
Interconsulta con otros equipos:	23% (EAP 9%, Servicios DGAI 7%, ABS 5%)
3. Altas:	
26% de los primeros casos de 1997 recibieron el alta ese año:	
Clínica	15%
Derivación ABS	7%
Interrupción	4%
4. Tipos de visita:	
Preferente	11%
Urgente	9%

## Resultados sobre la interacción de algunas variables dentro del grupo general de depresivos:

EL ALTA:	
1. Sexo	La proporción de sexo es semejante en el número y tipo de altas
2. Edad	A mayor edad se da un menor número total de altas, pero aumenta la proporción de altas por interrupción (15-17 años); La menor proporción de interrupciones se produce entre 9 y 14 años ( $p=0.044$ ).
3. Población	La mayor proporción de interrupciones de tratamiento se produce en las poblaciones mayores de 80.000 habitantes ( $p=0.022$ ).
4. Total de visitas: ( $p=0.068$ )	Entre 1-3 visitas                      predomina el alta por interrupción. Entre 4-10 visitas                    predomina el alta clínica. Más de 10 visitas al año            predomina la no alta (continúa el tratamiento).

5. Factores de riesgo	El número total de factores de riesgo, no modifica el tipo de alta, sean éstos orgánicos o del entorno. Sin embargo, los FR orgánico denominados, afecciones somáticas invalidantes y epilepsias ( $p=0.0003$ ), y los casos que se significan con el FR del entorno llamado, contexto familiar peculiar ( $p=0.04$ , siempre que haya dos factores y no uno sólo), incrementan el alta por derivación y por interrupción, respectivamente.
6. Diagnóstico complementario	No influye
7. Tipos de tratamiento según su especificidad	<p>Pruebas de diagnóstico psicopatológico: no significativo.</p> <p>Exploraciones médicas, educativas o sociales:</p> <p>En los casos que no se realiza intervención alguna                      menor número de interrupciones</p> <p>Si se hace un sólo tipo de intervención                      mayor número de interrupciones</p> <p>Si se hacen los tres tipos de intervención                      se producen más no-alta.</p> <p>Psicoterapias individuales (focal, profunda.)                      no significativo</p> <p>Psicoterapia individual de apoyo                      no significativo</p> <p>Psicoterapia familiar                      no significativo</p> <p>Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar:</p> <p>En los casos que no se realiza intervención alguna                      &lt;n.º de altas;</p> <p>Si se hace un sólo tipo de intervención                      &gt;n.º de altas;</p> <p>Si se hacen dos tipos de intervención                      se producen más interrupciones.</p> <p>Tratamiento psicofarmacológico                      no significativo</p>
8. Motivo de solicitud, procedencia	No significativo.
9. Alta por interrupción/alta clínica	<p>En el alta por interrupción hay más absentismo a las visitas que en las altas clínicas (<math>p=0.0015</math>).</p> <p>Pero en las altas clínicas, para igual número de FR del entorno: Hay más presencia de los FRE "Trastorno mental en la familia" (<math>p=0.043</math>), y más "Ruptura de lazos afectivos" (<math>p=0.05</math>).</p>

10. Alta clínica/ No alta	<p>La no alta o continuidad del tratamiento, frente a la elección de alta clínica, se acompaña:</p> <p>De aumento del Total de visitas (p=0.016)</p> <p>De absentismo a las visitas (p=0.0000)</p> <p>De interconsultas (p=0.03)</p> <p>De mayor número de FR orgánico (p=0.035)</p> <p>De FRE contexto familiar peculiar (p=0.017)</p> <p>En las altas clínicas se han efectuado más tratamientos farmacológicos (p=0.05).</p>
11. Alta por interrupción/ No alta	<p>La no alta o continuidad del tratamiento, frente a la interrupción del tratamiento, se acompaña:</p> <p>De aumento del Total de visitas (p=0.009)</p> <p>Y de mayor frecuencia en ruptura de lazos afectivos (p=0.0445).</p> <p>Mientras que en la interrupción predomina el absentismo (p=0.035).</p>

**EL FACTOR DE RIESGO:**

Un factor de riesgo/ dos factores de riesgo:	<p>El padecer dos factores de riesgo incrementa:</p> <p>Total de visitas (p=0.03)</p> <p>Total de absentismo (p=0.04)</p> <p>y total de interconsultas (p=0.005).</p> <p>Tres FR frente a un FR, incrementa:</p> <p>Total de visitas (p=0.05)</p> <p>y total de interconsultas (p=0.02).</p> <p>Tres FR frente a dos FR, incrementa:</p> <p>Total de interconsultas (p=0.05).</p>
---	---

**EL SEXO:**

1. Edad	En los tramos de edad: 3-5 años, 6-8, 9-11 y 12-14 años hay más depresivos varones que mujeres, pero ocurre lo contrario entre 15-17 años (p=0.0000).
2. Población de residencia	No influye.
3. Total de visitas	No influye en el número de visitas recibidas
4. Tratamiento	<p>El sexo no influye en el tipo de tratamiento recibido, excepto en el proceso Diagnóstico.</p> <p>En los varones se realizan más exploraciones de diagnóstico psicopatológico (p=0.0083).</p>

5. Factores de riesgo:	En las mujeres destaca la ausencia de FRT ( $p=0.0089$ ) o la presencia de uno, mientras que los varones se significan por la presencia de dos o más (destaca el trastorno mental en la familia $p=0.05$ ).
6. Motivo de solicitud:	En las mujeres destacan las emociones, mientras que en los varones los trastornos de aprendizaje y lenguaje ( $p=0.0015$ ).
7. Procedencia	La derivación en la mujer es de mayor proporción sanitaria, mientras que en el varón es más social y escolar ( $p=0.002$ ).

<b>TAMAÑO DE LA POBLACIÓN DE RESIDENCIA:</b>	
1. Edad y sexo	No influyen.
2. Total de visitas	Cuanto mayor sea el número de habitantes, mayor es el número de visitas que recibe el paciente ( $p=0.015$ ). Total de visitas: Entre 1-3 visitas predomina de 4-9-30.000 h. Entre 4-10 visitas predomina en > 80.000 h. Más de 10 visitas al año > 9.000-30-80 hab. (continúa el tratamiento).
3. Factores de riesgo	El tamaño poblacional no influye en el n.º total de FR, sean éstos orgánicos o del entorno. Sin embargo, el FR del entorno, trastorno mental en la familia ( $p=0.0074$ ), se da poco en poblaciones menores de 4.000 h., con uno de estos FR ( $p=0.023$ ) destacan los residentes en 4-9.000 h. y con dos de estos FR ( $p=0.0003$ ), los de ciudades entre 9-30.000 h. Los residentes rurales (<4.000 h.) destacan por un FRE tipo carencias psico-socio-educativas y los de 9-30.000 h., por un FR tipo ruptura de lazos afectivos.
4. Motivo de solicitud y Procedencia	No influye la población de residencia.
5. Altas	La mayor proporción de interrupciones ( $p=0.0224$ ) de tratamiento se produce en las poblaciones mayores de 80.000 habitantes Pruebas de diagnóstico psicopatológico: A los residentes en poblaciones superiores a 9.000 h se hacen más exploraciones ( $p=0.011$ ). Exploraciones médicas, educativas o sociales: no significativo Psicoterapias individuales (focal, profunda.) no significativo Psicoterapia individual de apoyo no significativo Psicoterapia familiar no significativo Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar: no significativo Tratamiento psicofarmacológico no significativo

EDAD:	
1. Total de visitas	<p>La edad no influye en el n.º total de visitas</p> <p>Entre 1-3 visitas: no significativo</p> <p>Entre 4-10 visitas: no significativo</p> <p>Más de 10 visitas al año: no significativo</p>
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	<p>Pruebas de diagnóstico psicopatológico:</p> <p>Se hacen más entre 3-9 años y entre 15-17 (p=0.05).</p> <p>Exploraciones médicas, educativas o sociales:</p> <p>Se hacen más entre 3-5 años y entre 15-17 (p=0.0023).</p> <p>Psicoterapias individuales (focal, profunda.):</p> <p>Aumentan progresivamente con la edad (p=0.05).</p> <p>Psicoterapia individual de apoyo no significativo</p> <p>Psicoterapia familiar no significativo</p> <p>Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar: no significativo</p> <p>Tratamiento psicofarmacológico:</p> <p>Aumentan a los 15-17 (p=0.0079).</p>
3. Factores de riesgo:	<p>Casi son significativos con la edad (p=0.06).</p> <p>Entre 3-8 años predomina la existencia de 2 FR,</p> <p>Entre 9-11 años predomina la existencia de 1 FR,</p> <p>Entre 12-14 años predomina la existencia de 3 FR</p> <p>Entre 15-17 años predomina la existencia de 2 FR.</p> <p>Sin FR no destaca ningún grupo de edad.</p>

### Resultados de la comparación simultánea entre los tres subgrupos depresivos:

Prescindo del grupo depresivo psicótico, por exiguo.

### Sociodemográficos:

325 casos fueron visitados por primera vez en 1.997, de los que 319 eran desconocidos y 6 eran retornos. Los 319 casos: TN 40%, TP 26% y TR 34%. Los 6 retornos: TP 3 casos, TN 2 y TR 1.

Comparamos tres tipos de Depresivos: neuróticos(TN), reactivos(TR) y trastornos de la personalidad(TP).

1. **Sexo:** En mujeres predomina la depresión neurótica y reactiva, frente a la del trastorno de personalidad que es más frecuente entre los varones (p=0.0004).

2. **Edad:** El TP predomina entre los 3-5 años. El TR entre 6-8 años. El TN entre 9-11 años. En el resto de tramos de edad no destaca ninguno ( $p=0.0031$ ).

3. **Población de Residencia:** El tamaño poblacional no influye en el diagnóstico.

### Diagnóstico y tratamiento:

Comparaciones de los tres subgrupos de depresivos.

### Diagnóstico de factores de riesgo:

Los Neuróticos son los que presentan ( $p=0.0000$ ) un mayor número total de FR. Con un FR destacan TR y TN, con dos FR destacan los TN y con tres FR sobresalen los TP. Los TP son quienes tienen ( $p=0.029$ ) más FR orgánico (y en especial, perinatales y epilepsias). Entre los TN destacan ( $p=0.0018$ ) los FR del entorno (en especial, los trastornos mentales en la familia). El mayor número de casos con tres o más FR del entorno son los TP; con dos FR entorno, los TN; y con un FR entorno, los TR y TN. Esto nos indica que hay dos subgrupos de TP, uno con muchos FR del entorno y otro con FR orgánico.

### Tratamiento:

1. Tipos de tratamiento según su intensidad anual( $p=0.002$ ):	
Ultrabreve (1-3 visitas): predomina en TR.	
Breve (4-10 visitas): predomina en TN.	
Prolongado: predomina en TP.	
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	
Pruebas de diagnóstico psicopatológico	( $p=0.008$ ) >TP y <TR
Exploraciones médicas, educativas o sociales:	( $p=0.029$ ) >TP y <TR
Psicoterapias individuales (focal, profunda.)	( $p=0.015$ ) >TN y <TR
Psicoterapia individual de apoyo	( $p=0.009$ ) >TR
Psicoterapia familiar	( $p=0.027$ ) >TP
Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar	no significativo
Tratamiento psicofarmacológico	( $p=0.019$ ) >TN
Interconsulta con otros equipos	no significativo
Hay que definir cada variable, pues las diferencias estriban en un mayor uso de esas variables	

3. Altas	
	Más altas en TR que en TP. ( $p=0.046$ )
	Clinica: >TR y <TP.
	Derivación: >TR.
	Interrupción: <TR.
4. Tipos de visita	
Preferente	no significativo.
Urgente	no significativo.

**Resultados de las comparaciones dos a dos de los subgrupos depresivos: trastornos de personalidad/neurosis (tp/tn), neurosis/reactivos (tn/tr) y trastornos de personalidad/reactivos (tp/tr).**

1. Diagnóstico complementario o de comorbilidad: no significativo.
2. TP/TN: FACTORES DE RIESGO: Los Trastornos de Personalidad presentan más FR orgánicos ( $p=0.0004$ ), en especial los perinatales ( $p=0.008$ ) y epilepsias ( $p=0.033$ ), y, dentro de FR del entorno, presentan más de contexto familiar peculiar ( $p=0.025$ ); mientras que los TN destacan por los trastornos mentales de la familia ( $p=0.009$ ).

TRATAMIENTO: En ambos grupos, depresivos neuróticos o de personalidad, se realizan el mismo número de visitas totales. En los Trastornos de personalidad se realizan más visitas urgentes ( $p=0.015$ ), más tratamiento grupal ( $p=0.009$ ), más exploraciones médicas y socioeducativas ( $p=0.011$ ), más psicoterapia familiar ( $p=0.013$ ), más información y orientación familiar, y presentan menos absentismo a las visitas. En los TN realiza más psicoterapia individual ( $p=0.045$ ) y más tratamiento farmacológico ( $p=0.006$ ).

3. TN/TR: FACTORES DE RIESGO: Los TR presentan más enfermedades invalidantes ( $p=0.03$ ), mientras que los TN presentan más epilepsias ( $p=0.033$ ) y más trastorno mental en la familia ( $p=0.0001$ ).

TRATAMIENTO: El TN recibe más número total de visitas ( $p=0.0011$ ), más exploraciones de diagnóstico psicopatológico ( $p=0.023$ ), más psicoterapia individual ( $p=0.0009$ ), más apoyo individual ( $p=0.016$ ), más apoyo familiar ( $p=0.037$ ) y más tratamiento psicofarmacológico ( $p=0.027$ ).

4. TP/TR: FACTORES DE RIESGO: Los TP presentan un mayor número de FR ( $p=0.04$ ), más FR orgánico ( $p=0.04$ ), más epilepsias ( $p=0.011$ ), pero no destaca ningún FR entorno.

TRATAMIENTO: Los TP reciben un mayor número total de visitas ( $p=0.0019$ ) (individuales, grupales e interconsultas). Más diagnóstico psicopatológico ( $p=0.0009$ ), más exploraciones médicas y socioeducativas ( $p=0.0019$ ), más apoyo e información familiar ( $p=0.027$ ). En los depresivos reactivos, hay más apoyo individual ( $p=0.0023$ ).

### **Resultados sobre los tratamientos mas empleados en primeros casos de depresivos neuróticos y reactivos que recibieron el alta dentro del año:**

Estudiamos 48 casos de pacientes depresivos, 26 neuróticos y 22 reactivos, que consultaron por primera vez en 1.997 y que ese mismo año se les dio el alta clínica, con el fin de conocer las diferentes combinaciones terapéuticas empleadas. No estudiamos las depresiones en trastornos de personalidad o en psicosis, debido al bajo número de altas clínicas que pueden efectuarse durante el período de un año.

### **Tratamiento en depresión reactiva**

Intensidad del tratamiento

El número de sesiones más habitual en los depresivos reactivos que se les da alta clínica en un año, es de 1-3 sesiones.

Especificidad del tratamiento:

2.1. Tratamientos simples:



La mayor proporción de tratamientos en depresiones reactivas es:

Apoyo familiar	(20%)
Psicoterapia individual focal	(18%)
Psicoterapia familiar	(14%)
Apoyo individual	(11%)

Así, las psicoterapias individuales se emplean en un 29% de los casos y las familiares en un 34%.

## 2.2. Tratamientos combinados:

Porcentaje de casos totales en los que se aplican cada uno de los tratamientos:

Apoyo familiar	(41% del total)
Apoyo individual	(32%)
Psicoterapia individual focal	(27% del total)
Farmacológico	(9% del total)
Pruebas de exploración diagnóstica (PED)	(1%)

2.2.1. Apoyo familiar + Apoyo individual, se aplican en el 16%.

2.2.2. El tratamiento Farmacológico se combina  
con Apoyo familiar en un 4.5%  
y con Apoyo individual en 4.5%  
(total de farmacológico en un 9% de los casos).

2.2.3. Apoyo familiar + Psicoterapia individual, en un 4.5%  
Psicoterapia individual + valoraciones médico-socio- educativas en el 4.5%

**Conclusión:** predominan los tratamientos simples (63%), o las formas combinadas sencillas, frente a los tratamientos que veremos se realizan en los depresivos neuróticos de un año de tratamiento, en que predominan las formas combinadas complejas, que son tratamientos compuestos sobre la base común más sencilla y observada en la terapéutica de los reactivos. Parece haber un trastorno depresivo reactivo que se soluciona con intervención monoterapéutica, que debe escogerse en función de como se presenta el conflicto (polarizado en el niño o en la familia y entorno), y otro trastorno reactivo que requiere intervención más intensa: en niño (incluso con fármacos) y en entorno familiar, escolar o médico (recordar que algunas depresiones son reactivas a enfermedades orgánicas del niño).

## Tratamiento en depresión neurótica

### Intensidad del tratamiento

El número de sesiones más habitual en los depresivos neuróticos que se les da alta clínica en un año, es de 5-10 sesiones. Se trata pues de neurosis depresivas ligeras o moderadas, no graves.

Especificidad del tratamiento:

2.1. Tratamientos simples:

No se realizan prácticamente intervenciones de un sólo tipo.

2.2. Tratamientos combinados:

Porcentaje de casos totales en los que se aplican cada uno de los tratamientos:

Apoyo familiar	(69% del total)
Psicoterapia individual focal	(54% del total)
Apoyo individual	(31%)
Pruebas de exploración diagnóstica (PED)	(27%)
Farmacológico	(15% del total)

2.2.1. Apoyo familiar (69% del total) + Psicoterapia individual focal (54% del total), se aplican en el 63% de los casos, es el tratamiento combinado base, que a su vez puede desarrollarse del modo siguiente:

La psicoterapia individual se asocia:

con las pruebas de exploración diagnóstica (PED)(27%)	21%
con las valoraciones médico-socio-educativas (11%)	16%
El apoyo familiar + con tratamiento farmacológico	10%

2.2.1.1. El tratamiento Farmacológico (15% del total) se combina:

con Apoyo familiar en un	10% de los casos.
con Farmacológico + Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal.	9% de los casos.

2.2.2. Apoyo familiar + Apoyo individual (31%), en un 16%. El Al se asocia con PED en un 10%

**Conclusión:** Predominio claro de tratamientos combinados, frente a los simples en depresivos reactivos. Diferenciamos dos tipos de tratamientos combinados en los depresivos neuróticos: uno que tiene como base Apoyo familiar más Psicoterapia individual focal, que suele complementarse en la vertiente diagnóstica, con el uso de pruebas psicológicas y en la vertiente terapéutica, con el uso de psicofármacos.

El segundo estilo asistencial con los neuróticos depresivos, combina Apoyo familiar con Apoyo individual, más PED.

Probablemente el primer estilo de tratamiento se corresponde con trastornos neuróticos en que el síndrome depresivo es más grave, optándose por una intervención diagnóstico-terapéutica más activa y amplia, mientras que en el segundo estilo el trastorno parece superarse con intervenciones de acogida y acompañamiento (holding).

## **RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE DEPRESIVOS Y CONDUCTUALES:**

### **Sociodemográficos:**

Depresivos (n=320) y Conductuales (n=313).

Sexo: Más proporción de varones entre los conductuales y más mujeres entre los depresivos ( $p=0.0104$ ).

Edad: No significativo.

Población de residencia: no significativo

### **Diagnóstico:**

Motivo de solicitud: no significativo

Diagnósticos complementarios: no significativo

Factores de riesgo:

Los depresivos presentan más factores de riesgo en total que los conductuales ( $p=0.0013$ ); entre los FRO ( $p=0.006$ ) destacan las epilepsias ( $p=0.01$ ) y factores prenatales ( $p=0.007$ ), y entre los FRE ( $p=0.02$ ) destacan, la enfermedad mental en la familia ( $p=0.003$ ) y la ruptura de lazos afectivos ( $p=0.017$ ).

Entre los conductuales predomina el padecer un FR, mientras que entre los depresivos predominan dos FR. Con tres FR no se diferencian unos de otros.

### **Tratamiento:**

El número total de visitas es semejante.

El número total de altas es semejante; aunque los depresivos presentan más interrupciones al tratamiento.

Presentan diferencias significativas únicamente en los siguientes tipos de terapéutica: los depresivos reciben más tratamiento farmacológico ( $p=0.0010$ ), más psicoterapia individual

( $p=0.04$ ) y más psicoterapia familiar ( $p=0.0003$ ). Afinando más, encontramos que en los Conductuales se realizan más valoraciones médico-socio-educativas y más orientaciones familiares, mientras que en los depresivos se efectúan más interconsultas.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA SOBRE LOS CASOS DADOS DE ALTA:

Examinamos una muestra representativa del total de altas realizadas dos años antes, en los pacientes diagnosticados de depresión, mediante una encuesta telefónica, que detallamos a continuación, con el fin de conocer el estado actual de salud del paciente, y así evaluar indirectamente el grado de eficacia y de eficiencia terapéutica, en tanto que previamente ya estudiamos los tratamientos realizados.

## ESTUDIO CATAMNÉSICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPRESIVOS

### MÉTODO DE ENCUESTA TELEFÓNICA:

Nombre:	
Número de historia:	
Teléfono:	
1. Señalar quién es el informante.	
2. Estado actual del que fue nuestro paciente:	
<input type="checkbox"/>	Remisión completa de síntomas
<input type="checkbox"/>	Remisión parcial
<input type="checkbox"/>	No remisión / Recurrencia / Recaída (procurar concretar los síntomas, si es que se dan, para ver si tenían que ver con el síndrome por el que se consultó) ¿Recibe actualmente tratamiento? (contestar según 3.1, 3.2, 3.3)
3. Durante el tiempo de alta (18-24 meses), ¿recibió algún tratamiento?	
<input type="checkbox"/>	3.1. Farmacológico
<input type="checkbox"/>	3.2. Psicoterápico
<input type="checkbox"/>	3.3. Psicopedagógico
<input type="checkbox"/>	¿Qué le pasaba?
<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	¿Dónde (privado/público)?

4. ¿Cómo considera que fueron atendidos?	
	Muy bien Bastante bien Ligeramente bien o Ligeramente mal Bastante mal Muy mal. Si se produce espontáneamente, registrar la opinión.
5. Si se ha producido alta por interrupción de tratamiento, preguntar MOTIVO	
	Algunas posibles respuestas: Dificultad de desplazamiento Desacuerdo o desagrado con el tratamiento iniciado (cambio de terapeuta, fueron a otro servicio...) Mejoría Acontecimientos vitales de la familia No obtención de un informe

Escogemos de forma representativa 39 altas, sobre el total de altas efectuadas en 1997, correspondientes a casos que consultaron por primera vez en 1.997. El total de altas son el 26% de todos los casos nuevos, que eran 325 (22% clínica, n=71, y 4% interrupción, n=14); Las 39 altas estudiadas son representativas en exceso de las 85 altas efectuadas (representativas por diagnóstico, población y tipo de alta).

Esta encuesta telefónica se efectúa 18-24 meses después de que el paciente recibe o toma el alta.

**COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS:** De los 39 casos encuestados telefónicamente, tan sólo se pudo contactar con 24, debido fundamentalmente a que no tenían teléfono, o porque el número se cambió o éste era restringido.

#### RESPUESTA A LA ENCUESTA

Respondedores a la encuesta:

Madre	15
Paciente	5
Padre	2
Abuela	2

Las madres siguen siendo el interlocutor principal, además de los pacientes, que 4-5 de ellos eran mayores de edad.

## Evaluación de la atención recibida

Muy buena	11
Bastante buena	12
Ligeramente buena	1

Las interrupciones no tienen relación con sentirse mal atendidos. Sin embargo hay un caso que buscó tratamiento privado tras abandonar el CSMIJ, sin llegar a expresar la atención recibida dentro de la gama de 'mala atención'.

**MOMENTO DEL ALTA**

Del estudio de la historia clínica de los 24 casos que respondieron, extraemos los siguientes datos:

## Diagnóstico representativo del total de altas

Depresión neurótica	11
Depresión reactiva	9
Depresión en trastorno de la personalidad	3
Psicosis depresiva	1

## Tipo de alta recibida

Alta clínica	16
Interrupción	8

La proporción de altas por interrupción, en la muestra resultante de 24 casos, es mayor de lo representativo de altas totales, lo que sesga las altas hacia las de interrupción; sin embargo resulta de interés, pues es el subgrupo de altas más inquietante respecto del curso y evolución clínica.

De las 8 altas por interrupción, 6 casos abandonaron el tratamiento por haber mejorado suficientemente, mientras que 2 de ellos, ahora mayores de edad, no mejoraron, uno sigue tratamiento en el CSM de adultos y otro no quiere tratarse. De aquí concluimos que, si bien la mayor parte de interrupciones de tratamiento son por mejoría clínica, y suele coincidir con el

anuncio del alta por parte del terapeuta, sin embargo hay un 10-20% de casos que no mejoran, tratándose de trastornos graves que necesitan continuidad asistencial, de forma que diseñar un sistema de recaptación del caso, que incluye la articulación entre CSMIJ y CSM de adultos es fundamental.

## MOMENTO ACTUAL

Evaluación del estado clínico actual (18-24 meses después del alta)

Remisión completa	17
Remisión parcial	5
No remisión	1
Recaída	1

Los dos casos que presentan un trastorno mental completo actual, se corresponden con dos mayores de edad, uno que sigue tratamiento en CSM adultos y otro que no quiere tratarse.

La remisión parcial actual está posiblemente sobrevalorada, pues se han inscrito en este capítulo, observaciones de la madre del tipo, "igual, igual que su hermano no se encuentra", aunque no consideraban tener motivos suficientes para consultar. Pero al mismo tiempo hay un caso que recibió tratamiento desde el alta clínica, por estar poco satisfecho, buscando uno privado.

Recibieron tratamiento después del alta.

No recibieron	22
Sí recibieron	2 (1 recibió tratamiento farmacológico y psicoterápico privado y mejoró, se encuentra actualmente en remisión parcial; a otro caso se le recomendó acudir al psicólogo escolar, pensamos que se trata de un problema psicopedagógico).

Reciben tratamiento en la actualidad.

No reciben            23

Sí reciben            1 (farmacológico y psicoterápico)

Al menos otro caso debería seguir tratamiento en CSM de adultos, por presentar trastorno actual. Hay duda sobre 3-5 casos en que el encuestado juzga remisión parcial, pero sin necesidad de consultar.

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS**

### **Incidencia clínica anual de los diferentes tipos de depresión.**

1. La incidencia clínica anual de las depresiones es del 23% de todos los casos nuevos que acuden a los siete dispensarios del CSMIJ de la provincia de Tarragona, durante el año 1997.

1.2. La distribución de los subtipos diagnósticos incluidos en Depresión, es: Depresión psicótica (DP) 1%, depresión en trastornos de la personalidad(DTP) 28%, depresión neurótica(DN) 39% y depresión reactiva(DR) 32%.

### **Perfil sociodemográfico: Edad, sexo, tamaño poblacional.**

2. Teniendo en cuenta todas las tipologías de depresión y todos los tramos de edad (conjuntamente de 0 a 17 años), no hay diferencias en la incidencia clínica de la depresión entre varones y mujeres. Sin embargo, la depresión afecta especialmente a mujeres de 15-17 años y a varones menores de 14 años, los cuáles presentan más Factores de Riesgo del entorno (FRE) (en especial, 'enfermedad mental comprobada en la familia').

Aquí ya se apunta en la adolescencia, lo que ocurrirá entre las mujeres adultas, esto es, una mayor prevalencia de las



depresiones (reactivas, neuróticas o de personalidad). La depresión en el varón, sobre todo la depresión ligada al trastorno de personalidad se presenta particularmente en edades tempranas y en relación a disarmonías evolutivas y depresiones anaclíticas (posiblemente por esto, el factor de riesgo 'enfermedad mental comprobada en la familia' está significativamente más presente entre ellos).

3. Las depresiones en trastornos de la personalidad (tipo disarmonía evolutiva) predomina a los 3-5 años y en varones, las depresiones neuróticas nos consultan a los 6-8 años y las reactivas a los 9-11 años, en que las mujeres son mayoritarias. En la edad postpuberal, no encontramos diferencias de frecuencia entre los diferentes diagnósticos de depresión. Sin embargo, en la etapa prepuberal, las depresiones se distribuyen de manera diferente, mostrándose las organizaciones psíquicas menos evolucionadas en las edades inferiores (3-5 años), y las más evolucionadas en las superiores (9-11 años), a modo de un continuum, que va desde el trastorno de personalidad, hasta el reactivo, y pasando por la neurosis, como si la probabilidad de que se presente un tipo u otro de depresión, especialmente en la etapa prepuberal, dependiera del grado de maduración evolutiva del psiquismo.

4. El motivo de consulta en el varón es por comportamiento y en las mujeres por las emociones. El tipo de tratamiento es igual por sexos, a pesar que los varones presentan más FR tipo Trastorno mental comprobado en la familia.

Hemos de subrayar que, la mayor parte de los trastornos depresivos en nuestra muestra, presentan como queja o motivo de consulta, el trastorno de comportamiento, siendo especialmente significativo entre los varones; estos resultados son concordantes con el modo adulto de presentarse la depresión, esto es, más típica en la mujer y más complicada con trastornos del comportamiento (Trastornos de personalidad, adicciones, alcoholismo...) en el varón.

5. Los diferentes trastornos depresivos, se muestran en proporciones semejantes en las diferentes poblaciones, sean éstas más rurales o más urbanas. Al mismo tiempo, presentan un número semejante de FR, es decir, la cantidad de FR es la misma. Sin embargo, cualitativamente, hay diferencias, pues entre los depresivos de poblaciones semiurbanas de 9-30.000 ha., el FRE 'ruptura de lazos afectivos', destaca, ¿es que hay más ruptura de lazos afectivos en estas poblaciones? Algo semejante parece ocurrir en poblaciones rurales de menos de 4.000 ha., en que hay mayor presencia en depresivos de 'carencias psico-socio-educativas', en detrimento de 'TM comprobado en la familia'.

De priorizar un programa de detección-atención precoz de la depresión infanto-juvenil, en Áreas Básicas de Salud, con- vendría estudiar por qué en las de poblaciones de 9-30.000 h., se detectan y derivan más depresivos con el FR 'rupturas de lazos afectivos'. Con los médicos de cabecera rurales, sería de interés centrar el estudio en el porqué de la mayor derivación de niños depresivos con el FR 'carencias psico-socio-educativas', y la menor derivación de niños con el FR 'TM comprobado en la familia' ¿Podría ser porque el derivante principal en población rural es el médico de familia y no el pediatra? ¿Aca- so este fenómeno conllevaría un trabajo conjunto del cabece- ra con los Servicios sociales del Consejo comarcal?, etc.

### **Perfil diagnóstico: motivo de consulta, diagnóstico clínico principal y complementario, factores de riesgo**

6. Sobresale en depresivos una alta presentación de facto- res de riesgo, que alcanza al 80% de los casos. Podríamos decir que la depresión es un trastorno cuya probabilidad de aparición, está más influida por la presencia de FR, que la media de los trastornos psíquicos que nos consultan, es decir, que si fuera posible reducir o paliar la presencia de FR, se reduciría la incidencia de depresión.

Observamos que hay una asociación positiva entre número de FR y gravedad psicopatológica. También es de interés destacar, como punto de partida de una posible investigación sobre etiopatogenia de la depresión en trastornos de la personalidad, la presencia de dos tipos de FR: Un FRO de tipo 'perinatal' o bien de tipo 'convulsivo', de una parte; más un FRE, 'contexto familiar peculiar', de otra.

Una investigación sobre la etiopatogenia de la depresión, debería profundizar sobre cada uno de estos FR, en relación a los subtipos clínicos de depresión, y estudiar si los agrupamientos de FR determinan subgrupos de pacientes que dentro de un mismo subtipo clínico se diferencien por presentar distinta vulnerabilidad personal o diferente proporción de factores de protección.

6.1. En la etiopatogenia de la depresión ha de considerarse que, a más FR mayor gravedad diagnóstica, y que algunos FR constituyen un perfil de riesgo diferencial asociado a cierto tipo de depresión: así, la depresión en TP, se asocia con FRO 'perinatales' y 'convulsivos', más un FR de entorno 'contexto familiar peculiar'; podríamos pensar que un niño que padece un trastorno orgánico precoz, si convive en un contexto familiar peculiar, es más fácil que sufra una depresión con un trastorno de personalidad.

La depresión neurótica se da con más frecuencia en un niño que padece más de un FRE, entre los cuáles se encuentra la presencia de 'un trastorno mental comprobado en la familia'. También aumenta la probabilidad de padecer una DN, la presencia de un FRO tipo 'convulsiones'.

La depresión reactiva, está lógicamente asociada a múltiples FR, pero curiosamente, diagnosticamos con más frecuencia DR, cuando detectamos el FRO 'enfermedad invalidante'.

La presencia de dos tipos de FR, orgánico y del entorno, favorece la presencia de DTP. La presencia de FRE o de FRO

por separado, favorece la DN. La presencia de un sólo FR, aunque sea orgánico, favorece la depresión reactiva.

**Perfiles terapéuticos: Intensidad, especificidad según tipo de depresión, factores influyentes en las altas clínicas y en las interrupciones del tratamiento.**

7. Se emplean tres intensidades de tratamiento.

Ultrabreve (1-3 visitas/año), de elección en depresiones reactivas. Breve (4-10 visitas/año), de elección en depresiones neuróticas y el prolongado a más de 10 sesiones año, que significativamente se emplea en depresiones de personalidad. Ni la edad ni el sexo influyen en el número de visitas.

8. La especificidad del tratamiento.

8.1. Tratamiento en depresiones reactivas.

En un 63% de los pacientes con depresión reactiva, se emplean tratamientos simples de monoterapia, frente al 37% en que se utilizan tratamientos combinados.

Los tratamientos simples o de monoterapia, son psicoterapias familiares de tipo Apoyo (20%) o Focal (14%); o son Psicoterapias individuales, también de tipo de Apoyo (11%) o Focal (18%).

Los tratamientos combinados son:

- Psicoterapia de Apoyo familiar + Apoyo individual, se aplican en el 16%.
- El tratamiento Farmacológico se combina con psicoterapia de Apoyo familiar en un 4.5% y con Apoyo individual en otro 4.5% (total de farmacológico en un 9% de los casos).
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal, en un 4.5%; la psicoterapia individual focal también se combina con las valoraciones médico-socio-educativas en el 4.5% de los casos.

Los tratamientos predominantes son: la psicoterapia de apoyo o focal, familiar o individual, en monoterapia o combinadas entre sí, o combinadas con fármacos. Es decir, predomina un tratamiento de acompañamiento para dar apoyo y/o facilitar la comprensión y elaboración de la situación personal y familiar.

## 8.2. Tratamiento en depresión neurótica.

Tratamientos simples o en monoterapia: No se realizan prácticamente intervenciones de un sólo tipo.

Tratamientos combinados:

- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal, se aplican en el 63% de los casos, es el tratamiento combinado base, que a su vez lo encontramos combinado con: pruebas de exploración diagnóstica (PED) y valoraciones médico-socio-educativas.
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal + Farmacológico, en el 9% de los casos.
- Psicoterapia de apoyo individual con PED en un 10%.
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Apoyo individual, en un 16%.

Vemos cómo los tratamientos más utilizados en la depresión neurótica, son los menos frecuentes en la depresión reactiva y viceversa. La base del tratamiento en depresión neurótica es Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal.

8.3. Las depresiones de personalidad utilizan más valoraciones médico-socio-educativas, pruebas diagnósticas y psicoterapia familiar y grupal, que el depresivo neurótico; es decir, se da un mayor uso de exploraciones y tratamientos psicoterápicos grupales y familiares.

## **Perfil de uso del tratamiento psicofarmacológico entre depresivos.**

### 9. El tratamiento psicofarmacológico en depresivos.

Se da preferentemente a chicos y chicas de 15-17 años, que no están en tratamientos ultrabreves (1-3 visitas/año), y cuyo diagnóstico más frecuente es el de neurosis depresiva; los depresivos reactivos o con trastorno de personalidad reciben menos fármacos. El uso de antidepresivos parece que lo usamos cuando el cuadro clínico es claramente un episodio depresivo, sea éste leve, moderado, grave, recurrente o distímico.

## **Altas clínicas e interrupción de tratamiento.**

10. Interrupción del tratamiento en el grupo conjunto de depresivos.

Se da el alta sólo al 26% de los primeros casos durante el año (22% clínica y 4% interrupción).

El sexo no influye, en que el alta sea clínica o por interrupción.

Edad: a los 15-17 años se dan más interrupciones. El adolescente interrumpe más el tratamiento.

Población: Los residentes en las ciudades (>80.000 h.), interrumpen más.

Las interrupciones predominan en las primeras visitas.

La interrupción final correlaciona con mayor número de absentismo a las visitas.

Los depresivos neuróticos son los que producen más interrupciones y los reactivos los que menos.

La presencia de dos FR del tipo 'contexto familiar peculiar' incrementa las interrupciones, y también la presencia de 'factores perinatales'.

Las interrupciones disminuyen tanto si no se realiza ninguna valoración médico-socio-educativa, como si se realizan tres, pero aumentan si se hace un sólo tipo de valoración.

Las interrupciones aumentan cuando se realizan combinadamente orientación-información a la familia y psicoterapia de apoyo familiar; la presencia de ambas debe alertarnos sobre una posible ausencia de proyecto terapéutico. Sin embargo, realizar información y orientación familiar incrementa el alta clínica. No efectuar este tipo de tratamiento aumenta la continuidad.

Los pacientes que interrumpen el tratamiento frente a los que lo continúan, se caracterizan por: Mayor absentismo a las visitas, menor número de visitas totales y menor factor de riesgo tipo 'ruptura de lazos afectivos'.

10.1. ¿Qué aumenta las altas clínicas de los pacientes depresivos reactivos?

- Que la demanda de tratamiento enuncie un problema emocional y no del comportamiento (interrumpen más) o de expresión somática (se prolonga más).
- Que la edad del paciente sea de 15-17 años, aunque hay la misma probabilidad de que se produzca interrupción.
- Que no haya un FR del tipo 'malos tratos', el único que produciendo un trastorno depresivo reactivo incrementa el alta por interrupción.
- Que no sea necesario el trabajo de coordinación interdisciplinario.

10.2. ¿Qué aumenta las altas clínicas de los pacientes neuróticos depresivos?

- Que el tratamiento pueda ser breve (4-10 visitas /año), pero no ultrabreve.
- Que no haya FR orgánico de tipo 'alteraciones perinatales' o 'convulsiones y epilepsias'. Tampoco estén presentes FR del entorno tipo 'contexto familiar peculiar'.

- Que no sea necesario el trabajo de coordinación interdisciplinario.
- Que la indicación más adecuada sea: 1º) psicoterapia individual y orientación familiar. 2º) apoyo individual, orientación familiar y psicofármacos.

10.3. No encontramos ningún factor predictivo de alta clínica o de interrupción en las depresiones de trastorno de personalidad, seguramente porque esos factores habrán de aparecer al estudiar estos casos en períodos superiores al año, puesto que aquéllos que reciben el alta dentro del mismo año y que a su vez tienen tratamientos intensos, son muy pocos.

En el conjunto de casos (Depresivos neuróticos, reactivos y de personalidad), el alta clínica frente a la continuidad del tratamiento, se relaciona con el uso de psicofármacos.

### **Estos resultados suscitan otras investigaciones.**

Para evaluar el estado actual de pacientes depresivos, que realizaron su primera visita y el alta en el mismo año 1997, una vez transcurridos 18-24 meses del alta, nos propusimos realizar una encuesta telefónica.

### **Comentario a los resultados de la encuesta catamnésica:**

Evaluación de las altas 18-24 meses después.

1. Los pacientes depresivos dados de alta clínica, se corresponden mayoritariamente con un mantenimiento actual de la remisión clínica.

2. Los pacientes que interrumpieron el tratamiento, se dividen en:

- Un grupo mayoritario, que evoluciona bien, de manera semejante a quienes reciben alta clínica; suelen ser pacientes que se van de alta cuando el terapeuta anuncia su intención de dársela.



- El otro grupo, a pesar de ser muy minoritario, pues lo constituye únicamente dos casos, es importante en tanto que son TMG (en función de diagnóstico, evolución y factores de riesgo), cuestionando nuestro trabajo de continuidad asistencial, pues si bien uno de los casos solicitó tratamiento en CSM de adultos, el otro se niega a tratarse.

Por tanto, dentro del grupo de depresivos han de preocuparnos puntualmente los abandonos de tratamiento en casos de TMG, debiéndose estudiar más a fondo y a largo plazo la evolución de todos los casos, especialmente los que refieren remisión parcial, dos años después del alta.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) CANALS J., DOMÈNECH E., CARBAJO G., BLADÉ J. 'Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds'. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96: 287-294.

(2) ARMSTRONG KL; O'DONNELL H; MCCALLUM R; DADDS M 'CHILDHOOD sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health*, 1998 Jun, 34:3, 263-6

(3) BOYLE MH; PICKLES AR 'Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior'. *J Abnorm Child Psychol*, 1997 Oct, 25:5, 399-412

(4) SAWYER MG; STREINER DL; BAGHURST P 'The influence of distress on mothers' and fathers' reports of childhood emotional and behavioral problems'. *J Abnorm Child Psychol*, 1998 Dec, 26:6, 407-14

(5) VEIJOLA J; PUUKKA P; LEHTINEN V; MORING J; LINDHOLM T; VÄISÄNEN E 'Sex differences in the association between childhood experiences and adult depression. *Psychol Med*, 1998 Jan, 28:1, 21-7

(6) BUIST A 'Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998 Jun, 32:3, 370-8

(7) COHEN P; PINE DS; MUST A; KASEN S; BROOK J 'Prospective associations between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood'. *Am J Epidemiol*, 1998 Feb, 147:3, 232-9