

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XIII Congreso Nacional Donostia/San Sebastián, octubre de 2000:
"Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia"

ROGER MISES	Actualidad de las patologías límite en el niño.....	5
TERESA OLMOS	La actuación como expresión de una perturbación en la construcción de la identidad.....	21
M. PERELLADA y L. QUINTANA	Aspectos estructurantes de la personalidad en un centro de acogida terapéutico.....	37
CARMEN. MAGANTO y S. CRUZ	La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género.....	45
MARIELA MICHELENA	La Barbie. Una adolescente sin tiempo.	59
ESTHER GRAU	De la acomodación a la adaptación: una evolución necesaria en la filiación adoptiva. ...	65
CARMEN MASIP, JORDI PONCES y M. DOLORES MESTRES	¿La atención a los padres y al niño menor de tres años previene la enfermedad mental?.....	73
EULÀLIA TORRAS DE BEÀ	Los sueños en el proceso terapéutico.....	81
MIRIAM BOTBOL ACRECHE	"Con" memoria y "con" deseo".	93
URBANO ALONSO DEL CAMPO y MARCO BETTINI	Perspectivas actuales entre neurociencia y psicoanálisis.....	107
Crítica libros	127

N.º 30²⁰⁰⁰ 2.º semestre

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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

Depósito Legal:

BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967

Edita:

Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:

Berekintza, S.L.
Heros,7
48009 Bilbao

Directores:

Manuel Hernanz Ruiz
Alberto Lasa Zulueta

Coordinador de redacción:

Jaume Baró Aylon

Comité de redacción:

Fernando González Serrano (España)
Ana Gumucio Irala (España)
Paloma Morera Arias (España)
Ana Jiménez Pascual (España)
Lucía Sánchez Buylla (España)
Alicia Sánchez Suarez (España)
Xabier Tapia Lizeaga (España)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro (España)
Amparo Escribá Catalá (España)
Marian Fernández Galindo (España)
Mari Carmen Navarro Rodero (España)
Leticia Escario (España)
Juan Manzano Garrido (Suiza)

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio- Espasa (Ginebra).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell.
New York.

Dr. Bernard Golse (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René
Descartes- París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío Ejemplares atrasados:

Jaume Baró Aylon
Plza Noguera, 7
Lleida 25007
Telf./Fax: 973 24 44 83

Información y envíos de artículos:

Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6.º D
48009 Bilbao
mhernanz@correo.cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XIII Congreso Nacional Donostia/San Sebastián, octubre de 2000:
"Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia"

ROGER MISES	Actualidad de las patologías límite en el niño.....	5
TERESA OLMOS	La actuación como expresión de una perturbación en la construcción de la identidad.....	21
M. PERELLADA y L. QUINTANA	Aspectos estructurantes de la personalidad en un centro de acogida terapéutico.....	37
CARMEN. MAGANTO y S. CRUZ	La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género.....	45
MARIELA MICHELENA	La Barbie. Una adolescente sin tiempo.	59
ESTHER GRAU	De la acomodación a la adaptación: una evolución necesaria en la filiación adoptiva. ...	65
CARMEN MASIP, JORDI PONCES y M. DOLORES MESTRES	¿La atención a los padres y al niño menor de tres años previene la enfermedad mental?.....	73
EULÀLIA TORRAS DE BEÀ	Los sueños en el proceso terapéutico.....	81
MIRIAM BOTBOL ACRECHE	"Con" memoria y "con" deseo".	93
URBANO ALONSO DEL CAMPO y MARCO BETTINI	Perspectivas actuales entre neurociencia y psicoanálisis.....	107
Crítica libros	127

N.º 30 ²⁰⁰⁰ 2.º semestre

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

Publicación semestral dirigida a los profesionales de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

Sistema de selección de los originales

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.).
- Selección de comunicaciones presentadas en los congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

- Presidente:** Alberto Lasa Zulueta (Bilbao).
- Vicepresidente:** Ana Jiménez Pascual (Alcázar de 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)
Lucia Sánchez Builla (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

ACTUALIDAD DE LAS PATOLOGÍAS LÍMITES DEL NIÑO*

Roger Misès**

Se reagrupan hoy bajo esta denominación organizaciones de la personalidad que ocupan un lugar específico entre neurosis y psicosis. Estas formas de organización son frecuentes; entre los niños que consultan se presentan con más frecuencia que los trastornos neuróticos. (R. Misès, 1990).

Desde el punto de vista psicopatológico, plantean cuestiones cercanas a las planteadas por los estados límites del adulto, aunque los cuadros que afectan a niños son más móviles y de mejor pronóstico, al menos si se interviene temprano y con medios adecuados.

Desde el punto de vista nosográfico, los hechos clínicos abarcados por este cuadro reúnen trastornos que habían sido, anteriormente, individualizados bajo diferentes terminologías: patologías límites, pero también patologías narcisistas, patologías anaclíticas, disarmonías evolutivas, personalidades falso-self o esquizoides. La misma problemática aparece también subyacente en los síndromes en los que predominan la depresión, los pasos al acto, y las disarmonías cognitivas. Pueden

* Ponencia presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia", se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Profesor Emérito de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad de París-Sur. Fondation Vallée, 7 rue Benserade. - 94257 Gentilly Cedex.

ser incluidos también sujetos que podrían ser clasificados preferentemente según criterios etiológicos: niños víctima de carencias graves, niños abandonados.

En la clínica habitual, las primeras consultas suelen acudir al pediatra o al médico de familia, por trastornos de la alimentación, del sueño, del control de esfínteres, y por retrasos más o menos disarmónicos que afectan a una u otra de las funciones generales, y en particular al lenguaje. Estas manifestaciones somáticas expresan una vulnerabilidad en relación con una defectuosa integración psicósomática. Más tarde, se presentan componentes depresivos, manifestaciones de ansiedad, asociadas tanto a síntomas fóbicos como obsesivos, o a manifestaciones de inestabilidad que suelen ser a veces diagnosticadas de hiperactividad. Posteriormente, con la escolarización, aparecen dificultades del aprendizaje y progresivamente trastornos de conducta.

Como se ve, los motivos de consulta son muy diversos y se modifican con el tiempo, en un contexto en el que el entorno familiar, a su vez atrapado en dificultades transgeneracionales del mismo tipo, tiende a desconocer el sufrimiento del niño y no le lleva a consulta hasta que aparece la presión de un tercero: maestros, trabajadores sociales. Además existen formas con escasa sintomatología que permanecen desconocidas largo tiempo, hasta que sobreviene una descompensación, particularmente con ocasión de la reorganización de la adolescencia.

En estas condiciones sólo el estudio psicopatológico, abordado desde una perspectiva dinámica, permite dar sentido a los síntomas y esclarecer los criterios esenciales que voy a presentar de forma esquemática.

1. Los defectos en el apoyo precoz por parte del medio familiar son constantes, aunque se expresan en formas variadas; a veces, se ve una manifiesta disociación familiar con internamientos diversos, hospitalizaciones repetidas y otras situaciones que manifiestan rupturas

repetitivas de vínculos. En los últimos años, se ha resalado la influencia de parámetros socioeconómicos que conducen a la precariedad, y a la exclusión. Trabajos concordantes muestran que los hechos psicopatológicos observados en los niños que viven en los medios más desfavorables, corresponden a la problemática de las patologías límite. Sin embargo otras veces los factores del entorno son menos evidentes; acontecimientos que han jugado un papel patógeno importante pueden no ser mencionados por los padres en el momento de la consulta y a veces, y sólo en el marco de un seguimiento prolongado, se descubre tardíamente la existencia de una depresión maternal precoz o la presencia de traumatismos acumulativos ocurridos en los primeros años de vida. Sean cuales fueran, estos factores incluyen siempre una insuficiencia grave del investimento libidinal y narcisista del niño, de donde nacen fallos y distorsiones en la organización de su vida mental y en la evolución de sus relaciones objetales –pero sin que por ello sobrevenga una ruptura o descompensación que conllevaría reorganizaciones comparables a las que encontramos en la historia de ciertas psicosis precoces. En las patologías límite, el niño escapa a un corte completo y duradero de la relación con su entorno, se muestra capaz de poner en marcha notables capacidades de adaptación y de recuperación, si bien las aptitudes que desarrolla van unidas a la organización de un funcionamiento en falso-self, según las modalidades descritas por Winnicott.

2. En este tipo de procesos, tienen una notable importancia las alteraciones de la función de contención. Como es sabido, a partir de los trabajos de D.W. Winnicott, W. Bion, y D. Anzieu, la madre sostiene al niño en la apropiación de los esbozos iniciales de su vida mental, le protege de los riesgos de desbordamiento, ejerce una función de para-excitación necesaria para que el niño, a

su vez, interiorice esta función. En las patologías límite, la madre no ha asumido plenamente este sostén y el niño, a su vez, fracasa parcialmente en sus tentativas de construcción de mecanismos de para-excitación. Queda así sometido a la irrupción de mociones pulsionales desorganizadoras, de las que se defiende poniendo en marcha mecanismos de escisión, en particular de escisión del yo, que mantienen defensas arcaicas, y esto en un movimiento que conduce a la construcción duradera de funcionamiento en falso-self. A partir de ello el sujeto no llega a organizar un sistema preconsciente que sea capaz de asegurar las ligazones habituales entre afectos y representaciones y, a causa de estas fallas, fracasan las capacidades de mentalización y se observa un característico predominio de formas de expresión corporales y actuadas.

3. Se observan ciertos componentes en el registro de la transicionalidad, en el sentido de Winnicott. Los objetos transicionales faltan o aparecen escasamente investidos, cambiantes. Paralelamente, la madre no da importancia a su función, hasta el punto de hacerlos desaparecer o de lavarlos. En estas condiciones el niño no accede a una plena capacidad de jugar solo, primero en presencia, y luego en ausencia de la madre. Se organiza así entre ambos protagonistas una relación de dominio y control mutuo en la que el niño parece a la vez dependiente y absorbente. En este contexto, se van a alterar los fundamentos de la vida psíquica que, habitualmente, sostiene el ejercicio del pensar y el placer obtenido del funcionamiento mental. Estos soportes fallan en los niños con patologías límite, heridos en su capacidad de "revêrie", de representación, y de construcción de la novela familiar. No pueden ni domesticar suficientemente la bruta realidad ni elaborar el contenido de impulsos pulsionales arcaicos, condenados a la pura y

simple supresión, que refuerza los mecanismos de escisión y de desligamiento. A causa del desfallecimiento de la transicionalidad, las modalidades adaptativas del niño se ven a veces desbordadas, en circunstancias en las que experimenta una brusca desposesión de su espacio psíquico con una confrontación intolerable a un vacío del pensamiento.

4. Pueden también localizarse otros parámetros clínicos en los defectos de elaboración de la posición depresiva, en el sentido de M. Klein. Ciertamente esta posición es abordada, pero sin que el sujeto llegue a afrontar sus conflictos internos y tampoco a integrar las angustias depresivas y de separación, que van a ocupar un lugar central en la psicopatología. Sin embargo, a pesar de estos fallos y fijaciones, es importante señalar, como elemento positivo, que el niño llega a reconocer a la madre como objeto total y, derivado de ello, accede a un sentimiento de sí mismo con diferenciación entre sí mismo y no sí mismo (self/no self), que marca claramente la diferencia que separa las patologías límite y las organizaciones psicóticas.

Tras haber situado a grandes rasgos las transformaciones fundamentales que afectan y se inscriben precozmente en el proceso de separación-individuación y en la organización del funcionamiento mental del niño, pasaremos ahora revista a los aspectos clínicos más característicos que pueden detectarse en diferentes edades.

ASPECTOS CLÍNICOS

1.º El sufrimiento depresivo:

Ocupa un lugar central desde el punto de vista dinámico, pero la sintomatología varía notablemente de un caso a otro. A veces se expresa a través de afectos dolorosos, ausencia de

ideas y de interés, malestar corporal y por tanto en formas bastante inespecíficas. Más significativas parecen las manifestaciones de repliegue depresivo que testimonian la insuficiencia de investimentos libidinales y los fallos en las aportaciones narcisistas. Finalmente en un escalón superior, se descubren cuadros marcados por un enlentecimiento mayor, el niño queda fijado a aspectos fácticos del ambiente, se encierra en actividades desvitalizadas y estereotipadas, situación que tiene grandes similitudes con el “síndrome del comportamiento vacío” descrito por los psicomaticistas (L. Kreisler, 1985).

2.º Los componentes narcisistas:

Se configuran precozmente en intercambios en los que el niño no está investido ni reconocido como sujeto con una identidad propia, ni sostenido en sus tentativas de acceso a la autonomía. En consecuencia se produce un defecto en la capacidad de interiorización de imagos maternas que, habitualmente, aportan seguridad y pueden compensar las decepciones inevitables que todo niño experimenta en su encuentro con la realidad. Clínicamente el niño se muestra carente de seguridad interna y de fiabilidad; sus representaciones de sí mismo son insatisfactorias desde el punto de vista narcisista; y de la misma manera que no ha podido sentirse amado tampoco puede amarse a sí mismo tal y como se percibe. Queda así comprometida desde su inicio la regulación de su autoestima.

Algunos niños, perciben sus fallas narcisistas, directamente, como una representación de sí mismo inaceptable, que llega a amenazar el sentimiento de identidad propia. En otros niños, a la inversa, aparecen tentativas de negación establecidas contra estas representaciones y contra los sentimientos depresivos que se derivan. Se desarrollan entonces, afirmaciones de poder y de autosuficiencia que llevan hasta el rechazo a someterse a las exigencias de la realidad, en un mecanismo en el que el niño exige “todo y ya”, rechazando así la espera y

las complicaciones que imponen necesariamente los aprendizajes y la realización de los objetivos asignados.

Al mismo tiempo, estos sujetos son incapaces de construirse ideales que les dejen un margen suficiente de libertad: se fijan objetivos megalomaniacos, inalcanzables – y el hecho de dejarse atrapar por estas ilusiones alienantes conlleva una serie de fracasos que originan nuevas heridas narcisistas, repetidas sin cesar. Este proceso refuerza las actitudes proyectivas y alimenta enfrentamientos repetitivos con el entorno, y en este contexto las conductas masoquistas van ocupando un lugar cada vez más importante.

3.º La heterogeneidad estructural

Constituye un componente importante; efectivamente, a pesar de los fallos y las distorsiones que afectan al movimiento evolutivo, se perfilan nuevas aperturas de tipo neurótico: conviene reconocerlas y sostenerlas en sus esbozos, pero también hay que constatar que estas emergencias no permiten un verdadero abordaje de los conflictos estructurantes del deseo y de la identificación. La relación triangular se organiza sólo de forma parcial, permanecemos en el terreno de la pseudo – edificación, de la bitriangulación con el predominio de la relación dual. Aquí, la figura paterna es situada, sobre todo, en una posición defensiva frente a una relación materna a la que permanecen unidas representaciones y angustias arcaicas.

En estas condiciones, estas delimitaciones aseguran un funcionamiento en falso-self en el que se mantienen, yuxtapuestas, posturas irreconciliables, y todo esto sin que exista un conflicto interno, en el sentido de conflicto neurótico (A. Green, 1974). Así, por un lado se desarrollan actitudes de conformismo, e incluso de hiperadaptación, que garantizan el mantenimiento de la unión con los objetos del mundo real, pero al mismo tiempo, persisten modalidades arcaicas de simbolización, de funcionamiento mental y de relación. El equili-

brio establecido entre las dos vertientes es, a la vez, rígido y frágil: la ruptura conlleva fenómenos de desposesión de la vida psíquica, que se manifiestan a través de ataques de pánico o como una invasión de sentimientos mezclados de vacío y de intrusión. Para precaverse, ante estos fenómenos intolerables, el niño tiende a controlar, cada vez de forma más estrecha, sus compromisos relacionales y refuerza habitualmente mecanismos de desligazón que, consecuentemente agravan las fallas estructurales en los soportes del pensamiento y las representaciones mentales.

En este contexto, el no acceder a los conflictos edípicos estructurantes implica, necesariamente, una gran precariedad en la emergencia de un superyo genital evolucionado: los niños no alcanzan la culpabilidad, permanecen confrontados a instancias represivas arcaicas, y a menudo, tienden a quedar a la espera de prohibiciones provenientes del entorno y que juegan un papel de contención de cara a sus desbordamientos.

4.º Trastornos del desarrollo y disarmonías que afectan en las funciones instrumentales y cognitivas.

A veces estos aspectos aparecen muy pronto, principalmente, como trastornos del lenguaje, por un lado, e inestabilidad, por el otro. Pero a menudo, son los trastornos del aprendizaje de la lectura y de la escritura los que llevan a consulta, y por eso ésta suele tener lugar más tarde. En estos casos los intentos de reconstrucción de la historia revelan una gran variabilidad, de un caso a otro, en la expresión de los primeros trastornos, antes de que la patología, diversa, se confirme. A lo largo del desarrollo, la aparición de estas perturbaciones se relaciona a menudo de forma significativa, con los mecanismos centrales que acabamos de repasar: los defectos en el dominio del pensamiento, el enlentecimiento depresivo, la fragilidad de los fundamentos narcisistas, la incapacidad de investir objetos a largo plazo. Por estas razones, estos trastornos no pueden ser equiparadas como deficiencias simples, y tampoco

ser consideradas únicamente desde un punto de vista neurofisiológico y lejos de una visión de conjunto de la problemática del niño. (R. Misès, N. Quemada, 1998).

En cuanto a la evolución hacia un proceso deficitario progresivo (R. Misès, 1975), representa uno de los mayores riesgos; se observa con mucha frecuencia en los medios afectados por la precariedad y la marginalidad. Sin embargo, no afecta a todos los niños con patologías límite: algunos se adaptan lo suficiente a la escolaridad y sacan beneficios narcisistas evidentes, para ellos mismos y para el entorno familiar; pero su éxito depende, en gran parte, de hiperinversiones adaptativas en falso-self, apoyados por los refuerzos que aporta el entorno. En estos casos, el niño depende de un sistema homeostático cerrado que no autoriza las modificaciones propias de la fase de latencia: corre con ello el peligro de encontrar serias dificultades en el momento de la confrontación ulterior a las mutaciones que impone la adolescencia.

Los diferentes parámetros clínicos y psicopatológicos que acabamos de presentar de forma separada, en realidad, son interdependientes mutuamente dentro de un proceso organizador que hay que comprender de forma dinámica, si queremos dar sentido y forma al concepto de patología límite del niño.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y EVOLUCIÓN

Recordaremos simplemente, y en pocas palabras, los principios que guían las intervenciones (R. Misès, 1990).

En primer lugar conviene evitar las medidas puntuales orientadas a paliar los síntomas y los comportamientos considerados aisladamente; siempre es necesario un acercamiento extenso, incluyendo a la familia y al entorno.

Esquemáticamente, se conciben tres formas de intervención:

1. Con algunos niños, detectados pronto y pertenecientes a un medio cooperante, la psicoterapia, con un objetivo

de reorganización y cambio, puede constituir el eje central, pero paralelamente hace falta establecer puntos de apoyo y asegurarse la cooperación del entorno.

2. Por el contrario, en los casos más graves, pertenecientes a los medios más desfavorecidos, se discute entre la orientación hacia un hospital de día o hacia un centro de institucionalización a tiempo completo, con la intención de conseguir un acercamiento multidimensional de orientación dinámica.
3. Pero la mayor parte de los casos se sitúan entre estos dos extremos, abarcando a los niños que todavía son tolerados por sus familias y por la escuela pero ya con patologías severas. Estos niños necesitan intervenciones múltiples y coordinadas –(“en réseau”)–, apoyadas sobre un soporte institucional, tipo unidad de tarde o centro de acogida terapéutica a tiempo parcial (R. Misès, 1993). Recientemente, se han desarrollado estos dispositivos en Francia; se ha puesto en marcha una estrecha cooperación entre sanitarios, profesores, trabajadores sociales, dándole gran importancia al trabajo con los padres. Se pueden llevar a cabo numerosas formas de mediación, que permitan mantener una acción psicoterapéutica a cada una de las partes que intervienen, pero ejerciendo cada uno sus funciones específicas. Luego se tiene en cuenta, simultáneamente, la organización interna del sujeto y su confrontación a la realidad de los objetos del campo familiar y social, de forma que se favorezca el acceso del niño a experiencias vividas que se repiten, en un marco capaz de aportar al sujeto un apoyo, límites y estímulos, a la vez que ofrece al amplio equipo los medios para un apoyo mutuo entre los distintos profesionales que intervienen. En la mayoría de los casos, en el transcurso del tratamiento se puede recurrir a una psicoterapia individual, cuando el poder liberarse del automatismo de repetición

permite acceder a la continuidad en su capacidad de invertir; el niño comienza entonces a interesarse por su vida psíquica y puede hablar de ella, basándose en nuevas formas de funcionamiento mental y de relación que hasta ahora le resultaban inalcanzables. (R. Misès, 1996).

Las intervenciones de este tipo exigen mucho de los equipos concernidos pero dan resultados muy interesantes.

En cuanto a estos, evocaré solamente algunos datos obtenidos de un estudio de una cohorte de 45 niños, seguidos durante varios años por el equipo de la Fundación Vallée, en el hospital de día o en internamiento institucional, que fueron saliendo de alta a lo largo de su adolescencia (R. Misès 1995). Se trataba de las formas más graves por los aspectos sintomáticos y estructurales, por la inconsistencia de su entorno familiar – y también, en un elevado número de casos, por la intrincación de una deficiencia intelectual. De hecho, de los 45 niños, 23 presentaban un C.I. inferior a 70 – de los cuales 10 no superaban los 50 puntos.

De todos estos niños, 36 han evolucionado hacia una reintegración mediante modificaciones de tipo neurótico; sin embargo, a lo largo de la adolescencia, muchos están sometidos a un riesgo de depresión y trastornos narcisistas, riesgo que conllevan también los casos en los que los índices positivos de organización neurótica han ido progresando. Estos jóvenes siguen apoyándose de forma predominante, en mecanismos de escisión, defensas arcaicas y sobre diversos andamiajes relacionales rígidos – pero, paralelamente, se ha confirmado una estabilización positiva con una reducción de los trastornos de la conducta y de las dificultades de aprendizaje. Por último, las deficiencias intelectuales han mejorado notablemente: del conjunto de casos que inicialmente presentaban funciones cognitivas dañadas, el 60% han alcanzado o se han acercado a la media y el 80% han adquirido autonomía en las actividades comunes de la vida social.

Estos efectos favorables del tratamiento aparecen claramente en los resultados obtenidos a la hora de llevar a cabo los intentos de inserción social y profesional propios de la adolescencia. De los 45 niños, el 65% han accedido a un trabajo en un medio normal, el 14 % han optado a puestos de trabajo protegidos, y sólo un 4% ha entrado en instituciones para deficientes mentales.

Los niños tan gravemente afectados como los de este estudio, en ausencia de intervención, tienden a evolucionar espontáneamente hacia patologías severas de la personalidad asociando, en proporción variable, deficiencia intelectual y trastornos de la conducta.

Hay un segundo grupo, bien diferenciado del anterior, formado por sujetos cuyas manifestaciones han quedado desatendidas durante la infancia, debido sobre todo a la hiperadaptación ligada a su funcionamiento en falso-self. En estos sujetos, en la mayor parte de los casos, los equilibrios adquiridos en la infancia se mantienen e incluso se refuerzan a lo largo de la adolescencia, conduciendo así, discretamente, hacia los estados límites y las patologías narcisistas del adulto. Estudios recientes demuestran que este tipo de desenlace incluye, a veces, durante la adolescencia, restricciones en el acceso a la inteligencia formal y en el desarrollo de las capacidades creativas.

Otro grupo estaría representado, al contrario, por los casos en los que se producen graves cambios evolutivos durante la adolescencia: los aspectos más espectaculares se manifiestan frecuentemente en forma de manifestaciones conductuales actuadas (Ph. JEAMMET, 1985) con trastornos graves del comportamiento, conductas adictivas, anorexia y bulimia compulsiva, manifestaciones autodestructivas. Estos trastornos aparecen relacionados con la fragilidad narcisista, la depresión, los desfallecimientos en el terreno del pensamiento, es decir, los componentes que ya se empezaban a organizar durante la infancia. Los cambios de la adolescencia suponen un verdadero trauma en estos sujetos, que se sienten incapaces de

reorganizar sus relaciones con el entorno y de movilizar los recursos internos, necesarios para el trabajo psíquico que impone, inevitablemente, la adolescencia.

Hay que recordar sin duda, que otros adolescentes pueden también verse comprometidos en actuaciones, que presentan la misma sintomatología, pero que en este caso se deben sobre todo a la actualidad de la crisis, más que a los componentes estructurales preexistentes: estos sujetos –al menos en un principio– tienen un pronóstico más favorable que los casos anteriores.

Otra eventualidad, muy perjudicial, es la evolución hacia la psicopatía (R. MISÈS, 1987); algunas veces, ya desde la pubertad, se perfilan manifestaciones inquietantes, pero, más a menudo todavía, las rupturas del equilibrio son tardías, echándose en falta los mecanismos adaptativos utilizados anteriormente: los puntos de apoyo que constituyen las emergencias neuróticas quedan barridos, por la activación de amenazas depresivas y narcisistas. Defensivamente, el sujeto tiende a desarrollar reacciones de arrogancia, afirmaciones megalománicas, enfrentamientos con el medio, mediante los cuales intenta negar su sufrimiento, su falta, sus heridas narcisistas. Refuerza también la supresión ejercida sobre afectos y representaciones, al mismo tiempo que desarrolla un control extremo en sus relaciones con personas. En este caso la partida se desarrolla sin culpabilidad e incluso las tendencias reparadoras resultan duraderamente suprimidas; estos adolescentes rechazan cualquier sumisión a instancias internas y sólo se someten a prohibiciones procedentes del mundo externo afrontándolas con ataques dirigidos precisamente contra las reglas, en un cara a cara sostenido por sentimientos de perjuicio e injusticia y evitando así cualquier restricción a su omnipotencia. En definitiva con estos ataques apuntan hacia la Ley misma en tanto que instancia organizadora.

Es necesario citar aún otros riesgos evolutivos que pueden aparecer sobre este fondo:

1. Algunas depresiones de la adolescencia y de la edad adulta, graves, pero no psicóticas, se incluyen en los cuadros en los que dominan el enlentecimiento, la desvitalización, el desinterés-desinversión que aparecen en continuidad evidente con las depresiones que se observan ya en las patologías límite del niño (R. MISÈS, 1997).

Estas formas, a menudo, son clasificadas por los psiquiatras de adultos como “depresiones resistentes”; efectivamente, los medicamentos eficaces en las depresiones psicóticas no tienen suficiente efecto, cuando son utilizados aisladamente, en estos cuadros que necesitan, como en los casos que afectan a niños, abordajes terapéuticos multidimensionales.

2. Además pueden aparecer descompensaciones psicóticas en forma de episodios agudos de tipo delirante o disociativo: su pronóstico, en principio, es favorable pero no podemos descartar sistemáticamente una recidiva posterior.

3. Para terminar, debemos aún evocar la extremadamente infrecuente evolución hacia la esquizofrenia en los niños con patologías límite, en los que los trastornos se han exteriorizado claramente a lo largo de la infancia. Por el contrario, las formas latentes de las patologías límite de la primera infancia plantean problemas interesantes, si recordamos que los aspectos más característicos de la esquizofrenia aparecen en sujetos que, hasta entonces, habían sido considerados como niños dóciles y sin historia, pero, retrospectivamente, esta aparente normalidad es desmentida por la aparición de elementos de extrañeza y bizarrerías, que los autores clásicos mencionan en sus estudios desde hace tiempo.

Esto concuerda con los hechos observados en los niños con patologías límite que quedan atrapados en un rígido funcionamiento en falso-self: resulta sorprendente en ellos el excesivo control ejercido sobre los afectos y sobre los intercambios y lo limitado de sus inversiones. Detrás de la aparente adaptación, estos elementos sirven como testimonio de

la gran vulnerabilidad de estos sujetos a los cambios de equilibrio, que aparecen en una etapa como la adolescencia en la que las actividades del yo, aparentemente normales, pero mal integradas, pueden quedar sustituidas por angustias desorganizadoras que comprometen radicalmente el sentimiento de continuidad de existencia. Considero que estas perspectivas son dignas de interés y justifican posteriores estudios, pero no debemos minimizar la influencia ejercida conjuntamente por otros factores, de carácter relacional o neurobiológico.

En este inventario, demasiado corto, de las diferentes modalidades evolutivas que encontramos en las patologías límite del niño, está claro que la importancia atribuida a la estructura pre-existente no permite mantener una tesis explicativa reductora, de carácter etiológico. Se trata más bien, de enriquecer las perspectivas psicopatológicas, resituando los lazos dialécticos que unen los componentes inscritos desde la infancia, en relación con otros parámetros que posteriormente, van cogiendo forma, en diferentes planos, y todo esto sin olvidar el trasfondo de los componentes transgeneracionales.

LA ACTUACIÓN COMO EXPRESIÓN DE UNA PERTURBACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD*

Teresa Olmos**

El intento de estas reflexiones es mostrar una situación de crisis de un joven de 19 años, ligada a las perturbaciones en la construcción de su identidad.

A lo largo de mi experiencia como psicoanalista, me he encontrado con adolescentes, cuyo lenguaje predominante era el lenguaje de acción. Estas características suelen considerarse como cualidades propias del adolescente, consecuencia de su desborde pulsional y de la reestructuración de sus procesos identificatorios. Y en cierto sentido, estas conductas, las consideramos como el “juego” de acción del adolescente.

Acciones ligadas a la resignificación de su mundo pulsional, sobre todo sexual.

Si bien, el ejercicio del pensamiento como fuente de placer e impulsor de la modificación de las frustraciones, que la realidad impone, estaría temporalmente alterado, los niveles tróficos del narcisismo se mantienen y sólo están oscurecidos por el estado que la pubertad promueve.

* Ponencia presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Psicoanalista.

Con aspectos tróficos del narcisismo (Stolorow, R., 1975), quiero significar a la actividad psíquica que tiene por función mantener la cohesión estructural, la estabilidad temporal y la estima de la imagen de sí.

Esta función del narcisismo juega un papel importante en el repliegue narcisista adolescente y, en la reconstrucción del proceso identificatorio; en la medida que el “anclaje” de identificaciones estructurantes, posibilitará la consolidación de nuevas identificaciones.

Ahora bien, en ocasiones, resulta difícil distinguir o establecer los límites entre el proceso adolescente y su psicopatología; poder captar el significado defensivo de los modos patológicos del funcionamiento psíquico.

Y en el tema que hoy nos ocupa, comprender la función defensiva de la acción o actuación, debería llevar a preguntarnos cuál es el origen y la naturaleza de la angustia de la que se defiende el sujeto. Cual es la cualidad de la angustia que se moviliza en el proceso adolescente y, cual la naturaleza de la angustia que torna vulnerable en exceso al sujeto en quien esa disposición a utilizar la acción, muestra signos patológicos. Estos signos estarían en relación a la ruptura del equilibrio narcisista y, cumplen la función de protección de la identidad del sujeto. Es decir, estas conductas de actuación, muestran una organización patológica, traducen un fallo en la estructuración del aparato psíquico.

Freud nos decía que :“Al efecto que en el interior del yo tiene el defender podemos designarlo alteración del yo” y “tratándose del desenlace de una cura analítica, éste depende en lo esencial de la intensidad y la profundidad de arraigo de estas resistencias de la alteración del yo” (Freud, 5., 1937)

Como ya he sostenido en otro lugar, “la patología basada en fallos estructurales, se caracteriza más bien por fallos intra-sistémicos, que implican una escisión del yo, fallas en la capacidad de simbolización, un trastorno de identidad; identidad

que se constituye por diferentes identificaciones”. (Olmos, T., 1996)

A partir de la instauración del narcisismo, y por ende, del anclaje de identificaciones que constituyen el yo, el sujeto comienza a acceder a la cuestión de “quien soy yo”. La identidad se expresa corrientemente por la expresión “yo soy yo”, expresión que traduce una experiencia de autoconocimiento. La identidad es un elemento esencial de la vida psíquica, es una búsqueda permanente del yo y, sólo puede recibir su respuesta reflejada desde el otro y la realidad exterior.

El logro de ella se realiza a través del proceso identificatorio, identificaciones que se asientan en experiencias de satisfacción.

Los procesos de identificación se caracterizan por su dinámica y cambio, también ofrecen al yo, puntos de certidumbre que le permiten seguir sintiendo “Yo soy Yo” a lo largo de las situaciones de cambio en su historia de vida.

Asimismo, el narcisismo en la vida psíquica introduce la noción de valor y es condición necesaria para el funcionamiento de los sistemas diferenciados.

Freud decía que “en el individuo no está presente desde el comienzo una unidad comparable al yo, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una **nueva acción psíquica**¹ para que el narcisismo se constituya”. (Freud, S., 1914).

Esta **nueva acción psíquica**, que viene del semejante, es un momento de salto estructural, cuyos pre-requisitos, están ya en funcionamiento a partir de los cuidados maternos que la madre prodiga, de las ligazones que ella propicia a partir de la disrupción misma que su sexualidad instaura. (Bleichmar, S., 1993).

Entramado de base, para que **la identificación narcisista** constitutiva del yo no caiga en el vacío. Podemos recordar aquí

1 Las negritas son del autor (N.E.).

lo planteado por Freud en “Duelo y Melancolía” (1917). Allí consideró al narcisismo como idéntico a las formas primarias de la identificación narcisista, por lo tanto podemos ubicar **el origen y la evolución del yo en la identificación.**

El investimiento narcisista del yo supone la referencia a un núcleo identificatorio estable y a un ideal del yo asumible.

En un primer tiempo el yo forma parte de las investiduras y de los enunciados que lo nombran; el segundo tiempo, corresponde a la interiorización y apropiación por el yo de la posición identificatoria, que resulta del trabajo de transformación, de duelo y de simbolización. Y adquiere una posición intrapsíquica definitiva, con la instalación de las instancias ideales a través de las identificaciones edípicas y post-edípicas.

Del yo ideal infantil se genera el ideal.

Freud decía que “la formación del ideal, sería por parte del yo, la condición de la represión”. (Freud, S., 1914). La formación del ideal es un desplazamiento del narcisismo; pero para ser desplazado y al mismo tiempo retenido en forma de ideal, el narcisismo tiene que estar mediatizado por la instancia parental.

A partir de la triangulación edípica el ideal se ubica más allá del yo actual, la herida narcisista produce una fisura que separa al yo del ideal y proyecta un encuentro con él en el porvenir. Así podrá unir lo que es a lo que ha sido y proyectar al futuro un devenir que conjugue la posibilidad y el deseo de un cambio, con la preservación de esa parte de “cosa propia singular” no transformable, que le evite encontrar en un ser futuro, la imagen de un desconocido.

Cuando estos procesos fallan, un destino del yo es la alienación. Alienación, que como bien señala P. Aulagnier, es un término que define un destino del yo y de la actividad de pensar, cuya meta es tender hacia un estado a-conflictivo, abolir todas las causas del conflicto entre el identificante y el identificado, pero también entre el yo y sus ideales”. (Aulagnier, P., 1979).

El estado de alienación del yo se apoya en una idealización excesiva del que ejerce respecto a él, la función de la fuerza alienante.

Luego podremos visualizar a través del caso clínico, estos fenómenos que vengo describiendo.

Ahora bien, la falla en la instalación de las identificaciones estructurantes, puede ser efecto de una falla estructural, fracaso del narcisismo de la instancia yoica, que impide a la madre ejercer la función de “objeto materno narcisizante” o, puede ser una falla circunstancial, por ejemplo un estado depresivo, que retira, temporalmente, libido narcisista del objeto.

Ejemplo de ello sería “la madre muerta” en el sentido que A. Green la ha descrito. En ese caso el objeto materno se convierte en presencia de una ausencia.

La incapacidad de la madre de ejercer un “narcisismo trasvasante” sin otorgar elementos ligadores, no estructura el entramado de base, y la identificación puede tomar el carácter de una pseudo identificación o el de una identificación que se establece como desenlace de situaciones traumáticas, como solución a injurias narcisistas. Identificaciones que forman parte de una organización escindida dentro del sujeto. Son por así decir, “un Estado dentro del Estado”. (Freud, S.,1939).

Situaciones traumáticas generadoras de angustia, que por su intensidad, operan como injuria narcisista en el yo. Por eso suele decirse que algunas identificaciones, aunque patológicas, actúan como guardianes de la vida.

Es decir, en estos casos, el proceso identificatorio se instaura como fallido y al terminar los tiempos de infancia, el narcisismo, con su correlato, la identificación, no quedan claramente posicionados del lado de lo que reprime, instaurándose en ese yo, una potencialidad “desorganizante” que decidirá sobre las formas de respuesta y de defensa, al enfrentarse a nuevos conflictos en diferentes puntos de su trayecto identificatorio.

Trayecto identificatorio, también sostenido y articulado por la “función paterna”; función que se constituye como polo simbólico ordenador de las funciones secundarias, que se sostiene en un interjuego complejo entre soporte de “padre real” y “función paterna”.

El ejercicio de la “función paterna” culmina con la identificación constitutiva del super-yo en su doble vertiente: conciencia moral- ideal del yo.

Antes de pasar a examinar juntos la viñeta clínica, quisiera destacar lo siguiente:

1) La diferenciación de los límites, desde la visión teórica, entre aquellos conflictos resultado de la represión como defensa principal, en que el conflicto se sitúa fundamentalmente entre el deseo y la defensa, y los conflictos consecuencia de un fallo estructural. Muchas veces, esta diferenciación no es tan clara en la clínica. Allí surgen diferentes estratos y combinaciones; y nos encontramos con ciertas organizaciones edípicas junto a fallos estructurales del yo; en donde podemos visualizar por ejemplo: una relación incestuosa al servicio del narcisismo, más que al servicio de una verdadera relación de objeto. Relación que suple carencias narcisistas.

2) Estos estados, consecuencia de fallos estructurales, implican para el analista permanecer en los “límites de lo analizable”, por las características que presentan. Estados que remiten a las angustias de intrusión, de separación o de aniquilamiento. Angustias que recaen sobre todo en la problemática del pensar más que en la del deseo. Son sujetos en los cuales predomina la confusión identificatoria.

CRISTÓBAL O EL “PROTOPLASMA SIN FORMA”

Cristóbal, de 19 años de edad, es el segundo hijo de una familia de 4 hermanos. En el primer contacto con él, tuve la impresión de encontrarme frente a alguien que se mostraba

como un joven acorde con su edad, muy guapo, alternando por momentos con un niño muy asustado y desbordado de angustia, que expresaba el deseo de psicoanalizarse “porque no daba más, ya no podía con él mismo”.

Consultaba porque no podía estudiar y concentrarse, “no puedo estar quieto” decía, muchas horas del día caminaba, como una forma de descargar y calmar su angustia.

Su preocupación principal eran sus estudios, ya que al no poder estudiar y pensar, lo suspendían en los exámenes. Me expresaba entonces: “Los estudios me dan vuelta la cabeza todo el tiempo, pero no puedo estudiar”.

Espontáneamente me contó, que comenzó a sentirse mal en la “mili”; no tenía ganas de comer, lloraba mucho y no dormía. Esto había sucedido un año antes de la entrevista.

A través de su discurso, y en ocasiones de manera expresa, se podía apreciar una gran idealización y admiración por la figura del padre, a quien describía como “un hombre muy trabajador y con mucha voluntad, de mucho mérito”, ya que siendo de un pueblo, había llegado a ser un profesional importante. Junto a esta manera de referirse al padre, manifestaba sentimientos de vergüenza diciendo; “Mi padre es de origen humilde y a mí me da vergüenza cuando me ven con él, en el club, por ejemplo, en cambio mi madre es una gran señora, muy inteligente, con una sensibilidad exquisita y muy depresiva”.

Él, se describía como “un viscoso protoplasma sin forma” y expresaba sentirse parecido a la madre con quien mantenía un estrecho vínculo y sentía que tenía el mismo carácter neurótico”. Describió a la familia materna como “una familia muy conflictuada y envidiosa”.

Podemos apreciar aquí, una doble vertiente en relación a la imago materna. Por una parte es “una gran señora, con sensibilidad exquisita e inteligente”, y por otra, aparece desvalorizada junto a su familia “muy conflictuada y envidiosa”.

En relación a los hermanos sentía que la relación era distante, y en cuanto a su hermano siguiente expresó: “Lo quiero mucho, aunque el otro día, en relación a un comentario que yo hice sobre un maravilloso atardecer, me dijo: No seas hortera.”

Eligió su carrera universitaria por descarte y se sentía descontento en la Universidad. “El ambiente es muy competitivo y envidioso” dijo. En aquel momento dudaba si dejar la carrera y estudiar otra.

En la segunda entrevista, comenzó hablando de la “disociación que él tenía entre su vida mental y su vida real”, cosa que era cierto, pero tuve la impresión que hablaba por boca de otro (había leído tiempo atrás a E. Fromm). Al referirse al servicio militar, describió esta experiencia como de “enfrentarse a la realidad del mundo”. Por sugerencia del padre había hecho el servicio militar en aquel momento.

Tenía dificultad para relacionarse con los amigos, porque según él “eran unos pijos refinados” y a él lo “miraban como inferior”.

Si bien expresaba a nivel consciente su deseo de “dejar de mentirse a él mismo”, a nivel más profundo creo que buscaba el análisis y a mí como analista, para que yo lo transformara en un “superhombre”, como luego lo expresó en su tratamiento, alimentando su narcisismo y sus fantasías omnipotentes.

Oscilaba entre sentimientos de inferioridad, clara expresión de su baja autoestima, y sus fantasías omnipotentes de ser un superhombre.

Tenía dificultad en vincularse con las mujeres, “no me gustan las mujeres superficiales” decía. No iba a discotecas por considerar que “eran lugares superficiales y mal sanos por el encierro”. Yo creo que en realidad no iba por el miedo que le producían las chicas, el contacto corporal a través del baile, encierro en ellas, etc.

Me expresó que le daba miedo enamorarse y comprometerse, “no sé si influye el rollo que me vaya a meter mi padre”.

El “rollo” en lo manifiesto consistía en que el padre le había dicho que de “mujeres nada, ni hablar ni pensar en ellas, y que sólo había que pensar en estudiar y trabajar”. Por otra parte me relató unos fragmentos de sueños uno tras otro:

1. “Una vez soñé que C. (una chica que le gustaba) se iba con otro”. Me vienen a la mente sueños con militares que no recuerdo, pero “temerte muy pequeñito en una mesa muy grande”.
2. “Recuerdo un sueño que se trataba de un sombrero carcomido que yo llevaba agujereado”.
3. Otro sueño: “Cruzando una calle un amigo venía con una mujer (esta mujer le dijo a mi amigo que hubiera salido conmigo) y yo en pijama y empalmado cruzaba para el otro lado para huir de ellos”.
4. “En Gobierno Civil, un amigo perfecto le preguntaba: qué te pasa que estás tan mal, tan descontrolado”.
5. “Sentarme en una mesa, llena de marroquíes y los subían a todos en un camión”.
6. “Soñé con un profesor de Física y me decía si yo era Einstein o no”.

Yo creo que en estos sueños me mostraba ya su conflictiva edípica, C. mamá yéndose con papá. En el siguiente sueño aparecían sus aspectos infantiles, y su temor al tener que enfrentarse con obligaciones adultas, la milicia. Luego en el tercer sueño muestra la clara percepción de su deterioro psíquico para después reaparecer la conflictiva edípica y la escena primaria, acentuada por la cercanía del domicilio real de los padres, (en la calle que cruzaba), y la importancia de la erección, no es un niño pasivo, aunque en el sueño, se queda sólo con la erección. Luego aparece un nuevo aviso de descontrol y enfermedad (está tan mal, descontrolado), y se identifica con objetos desvalorizados (él como marroquí). Frente a todo ello, la omnipotencia maníaca como defensa, (él, genial).

En cuanto a recuerdos de su infancia, había en Cristóbal un verdadero bloqueo, sólo recordaba su época puberal-adolescente, en que se sentía mal en relación a los compañeros, porque lo veían inferior. Luego en el análisis recordó, que cuando los amigos se reían de él, haciendo un juego con su nombre y el apellido, le decían: “Cristóbal F. perrero”, denotando su intenso sometimiento a los compañeros.

A través de nuestros diferentes encuentros, Cristóbal me impresionó como una persona que buscaba desesperadamente ayuda, porque se sentía muy angustiado, pero aunque manifiestamente buscaba el análisis para “dejar de mentirse a sí mismo”, llamó mi atención desde el principio su **superficialidad mental**, aunque pudiera observar por algunos comentarios que era muy inteligente.

Me trasmitía un **sentimiento de vacío e inautenticidad**, que rellenaba hablándome desde distintos personajes, autores por ejemplo a quienes estaba leyendo en aquel momento. Él mantenía, según mi criterio, una relación con el otro de pseudo-contacto, como si fuera realmente verdadera.

Como en toda comunicación, en la información que trasmitía había “un núcleo de verdad”. Por ejemplo cuando haciendo uso de frases de E. Sábato (que no me dijo que eran de Sábato en su libro “El Túnel”) expresaba sentirse “un viscoso protoplasma sin forma alguna”, decía una verdad en la medida que él no sabía quién era, por lo tanto no podía sentirse un sujeto dueño de sus propios deseos ocupando un lugar junto al otro, en cambio vivía intrusivamente en la cabeza del otro, para decir como el otro y para hacer lo que sentía que el otro quería que hiciera o que fuera. Introducirse en el objeto y la ilusión de ser el objeto. Él invade al otro, y aunque es un modo de control, en definitiva él es poseído por el objeto. Yo diría que tuve la impresión que él “robaba” ideas, pensamientos, etc. pero no despojaba.

Esto me parece de importancia teórica y técnica fundamental, pues creo que en la medida que podamos pesquisar

estos funcionamientos de entrada, podemos evitar confundir al posible analizando con un psicópata, corriendo el riesgo de convertirnos en un super-yo acusatorio.

Su discurso era básicamente evacuativo, y, su estilo, maniaco en general; que me llevaron a pensar que el uso que hacía de las palabras estaban al servicio de la descarga (actuación), más que al de una verdadera comunicación.

Pensé que Cristóbal se movía en el mundo del narcisismo, desde donde partía la huida a enfrentarse con su realidad psíquica. Predominaban en él las identificaciones narcisistas patológicas, que en parte, quizá debido a este funcionar no podía aprender, sino sólo retener los “conocimientos” en la superficie “pegados con alfileres” como él me expresó luego en algún momento.

Estas características de su persona, me hicieron intuir, que quizá pasara algo parecido con mis interpretaciones luego en la transferencia. Asimismo, me impresionó sobremanera en Cristóbal la importancia de los mecanismos de disociación y mi acceso a estos niveles fue posibilitado por el material onírico, que aunque fragmentario, resumía no sólo su conflictiva básica: intenso conflicto edípico, infantilismo frente a obligaciones adultas, omnipotencia maniaca, pero al mismo tiempo pre-consciencia de su precaria situación mental (sombrero agujereado, descontrol y Gobierno Civil), expresada por otra parte en su búsqueda de la ayuda analítica.

Me pareció entonces y lo destaco hoy, la importancia de esta información onírica, para no quedar encerrados con prejuicios por sus **indiscutibles mecanismos evacuativos y sus inevitables actuaciones, expresión de su angustia de aniquilamiento y de castración.**

En su primer año de análisis, Cristóbal acudía a las sesiones puntualmente y no paraba de hablar, parecía “una máquina de emitir palabras”.

La temática central giraba alrededor de sus estudios, libros de novela que compraba y él decía que leía, describía su que-

hacer diario. Yo me sentía inundada de información y tenía la impresión que Cristóbal no entraba en contacto ni conmigo ni con él mismo. En sus fantasías, él sentía que yo le infundía “ciencia y conocimientos”. No me escuchaba y me interrumpía cuando le interpretaba o se adelantaba a partir de una palabra que yo comenzaba a decir.

Mi contratransferencia oscilaba entre sentirlo como un niño dando pataletas, y en otros momentos me preguntaba a qué venía este paciente, dudando que pudiera alcanzar una verdadera dependencia analítica. Yo solía intervenir con este estilo: “A pesar de lo que tú dices, hoy has venido y tú estás aquí; podríamos intentar pensar por qué estás tan enfadado y con quién”. Esta intervención señalaría acaso un uso de la transferencia sin interpretarla.

Su regreso de las vacaciones, al comenzar el segundo año de análisis, mostró el proceso analítico en este nivel: luego de expresar Cristóbal que me había echado de menos y que se había sentido perdido, pasó a quejarse, diciendo: “tú me chupas la pasta, esto es muy caro y realmente siento que tú me chupas la pasta para comprarte cuadros”. Le interpreté aquí: “Parece que tú sientes que estoy hambrienta de tu pasta, que dependo de ti para comprarme cosas, quizás para evitar sentirte hambriento de mí, que te dejé en las vacaciones”. Luego de un largo silencio, Cristóbal comenzó a recordar. Dijo entonces: “estoy comenzando a recordar que mi padre me contó este verano que, en la época de las papillas yo lloraba todo el tiempo, lloraba de hambre, desesperado porque no me alimentaban”. Aquí hizo una pausa en su relato, al tiempo que se movía reiteradamente en el diván, mostrándose muy angustiado. Luego continuó diciendo: “Tengo ganas de explotar” e irrumpió súbitamente en un llanto desesperado, por primera vez en su análisis. Le interpreté aquí su deseo de ser alimentado y cuidado con mis palabras y mi comprensión, ante lo cual Cristóbal dijo: “Siempre me he sentido muy solo y rebajado” y continuó llorando silenciosamente hasta el final de la sesión.

Es así como se fueron produciendo cambios en el proceso y en el vínculo transferencial, creo también que mis interpretaciones reflejan estos cambios.

Una sesión realizada un año después de la comentada, es decir en el tercer año de análisis, nos permitirá ver la instalación de la Neurosis de Transferencia, confirmada en un sueño de sesión que, junto a otro sueño traído a la misma sesión reflejan la situación alcanzada y su manejo interpretativo. Dijo Cristóbal entonces: “Te voy a contar un sueño muy complicado. Soñé con un Mercedes Benz del novio de una amiga, de María. Me ha dejado a mí el coche, yo lo aparco en medio de una avenida. Aparco allí y cuando salgo estoy descalzo. Tengo imágenes deslabazadas, otra imagen es que cojo un camión muy grande y me sentía inseguro, no sabía conducirlo bien y daba un poco marcha atrás y por suerte no me caía. Y dos camiones vamos por una carretera, casi invadiendo el otro carril. Yo me adelanto al otro camión, como carreritas, como paralelo al otro camión enorme y me sentía muy inseguro con un camión tan grande en mis manos. Y tuve otro sueño, soñé contigo. Estábamos aquí en esta habitación y no sé como, en vez de sentarte en el sillón te sientas aquí, en el diván... al final atacábamos, pero yo sin hacer nada, disfrutando mucho. Tú hacías todo y eras más joven de lo que eres ahora. No llegas a estar desnuda cuando empezábamos a acariciarnos y cosas de esas. Había un armario, entran cuatro o cinco personas a cambiarse dentro del armario; tú o no sé quién cierra la puerta, por si acaso viniera tu marido, sin pasar pestillo. Bueno, nos interrumpen los tíos esos que entran ahí al armario a cambiarse, no sé si se desnudan, creo que sí.”

La interpretación de estos sueños incluyó las diferentes fantasías edípicas en él dramatizadas (seducción materna, irrupción de los hermanos rivales en dos niveles: interior del cuerpo materno y escena primaria). También se puso en evidencia la rivalidad edípica y su evidente angustia de castración (“estoy descalzo cuando salgo”). Luego de escucharme y permanecer

en silencio, Cristóbal expresó: “Siempre me he sentido un niño pequeño. Me he quedado pensando que en el sueño en que acabo haciendo el amor contigo, se corta, en el fondo no sé si es una especie de censura. Claro en la relación de un hijo pequeño con la madre, la madre es quien siempre mima al hijo y el hijo se deja mimar contentísimo me llama la atención que los dos sueños se cruzan y pienso que con María (su novia) y con las mujeres, yo no tengo una relación de tú a tú y, lo que no puede ser es que la vida de la mujer a mí se me suba encima. Después de una pausa continuó diciendo: “Es que juntando lo que me has dicho, yo siento que yo vivo dentro de mi madre y no puedo mirar hacia afuera”. En la misma sesión dijo más adelante:” Si yo me hago historia y me veo qué he hecho todos estos años, me veo embarrancado. Y ahora sí, yo soy consciente un poco más de que puedo arrancar. Y de hecho sé que el camino de arrancar es analizarme y encontrar mis mecanismos, y no que el problema del momento me lo soluciones tú”.

Sin lugar a dudas, todavía fue largo el camino que Cristóbal tuvo que recorrer en su proceso analítico, para terminar de encontrarse con su propia identidad y sentirse dueño de sus deseos.

Asimismo creo, que el trabajo reiterado en sus diferentes niveles psíquicos, permitió la creación de un espacio analítico, lugar de desarrollo y resolución específico de la Neurosis de Transferencia.

Como hemos señalado en otro lugar, la transferencia es repetición, pero también posibilidad y búsqueda, es posibilidad de apertura al futuro; la repetición adquiere nuevas características en el vínculo con el objeto nuevo: el analista. La regresión es también posibilidad en la búsqueda de la verdad del cambio; ayudamos al paciente a descubrir lo que no sabe, y éste va encontrando y descubriendo un sentido, a lo que nunca lo tuvo para él. (Paz, C., Olmos de Paz, T., 1992).

BIBLIOGRAFÍA

- AULAGNIER, P. (1979). *Los Destinos del Placer*. Ed. Petrel.
- BLEICHMAR, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente*. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1914). *Introducción al Narcisismo*. T. XIV. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. T. XIV. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. T. XXIII. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. T. XXIII. Ed. Amorrortu.
- GREEN, A. (1980). *La madre muerta –en Narcisismo de vida–Narcisismo de muerte*. Ed. Amorrortu.
- OLMOS, T. (1994). *Las identificaciones y las desidentificaciones en el proceso analítico*. Rev. de Ps. de Madrid, n.º 19.
- OLMOS, T. (1996). *Adolescencia: en los límites de lo analizable*. Rev. de Ps. de Madrid, n.º 24.
- OLMOS, T. (1997). Fallo estructural y conflicto psíquico. Las implicaciones en el abordaje técnico. Mesa Redonda en la APM.
- OLMOS, T. (1998). *Dolor Mental en la Adolescencia y Cura Psicoanalítica en 14 Conferencias sobre el Padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica*. Ed. Biblioteca Nueva.
- PAZ, C. (1992). *Neurosis de Transferencia y Proceso Analítico*.
- Olmos T. 1.º *Simposium APM sobre Transferencia e Interpretación*.
- PAZ, C. A. (1996). "Actuación" (acting out): 1905-1996. Orígenes, Evolución y Alcances Actuales de esta noción Freudiana. Rev. de Ps. de Madrid, 24.
- STOLOROW, R. (1975). *Toward a functional definition of narcissism* Int. J. Of Psycho-Anal. 56:179-185,1975.

ASPECTOS ESTRUCTURANTES Y REESTRUCTURANTES DE LA PERSONALIDAD EN UN CENTRO DE ACOGIDA TERAPÉUTICO*

M. Parellada**, L. Quintana**

Espero que hayan escuchado en Otra comunicación los fundamentos básicos en que se basa el proyecto ‘CASA joven’ y cómo se organiza el centro. En resumen, se trata de un centro de acogida semiabierto para el tratamiento de adolescentes tutelados con trastornos de conducta o emocionales que no se benefician de tratamiento en régimen ambulatorio.

Voy a incidir en un aspecto muy importante en relación a los menores ingresados. Los criterios de inclusión de los menores son entidades nosológicas (además del criterio básico de ser menores en desamparo tutelados por Bienestar Social). Estas etiquetas ya sabemos que son puramente descriptivas de las conductas de la persona y no hacen alusión a la etiología del problema. Esos criterios de inclusión son:

- trastornos conductuales
- trastornos emocionales
- trastornos adaptativos

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000

** Psicólogo

En el trabajo con los menores ingresados asumimos que los trastornos conductuales en general reflejan una problemática interna que deriva, además de las limitaciones impuestas por la herencia individual, de aprendizaje y experiencias patológicas que interfieren con la capacidad del niño para adaptarse a la realidad, relacionarse normalmente, controlar sus impulsos y emociones y respetar las normas sociales. Es decir, interfieren con el desarrollo psicoemocional normal.

Pensamos que los trastornos de conducta son la expresión sintomática de:

- conflictos psicogenéticos
- experiencias de pérdida, rechazo o abuso
- relaciones/estructura familiar patológica
- patología psiquiátrica

Todo ello en muchas ocasiones interaccionando entre sí.

También asumimos que los trastornos de conducta, salvo que sean el reflejo de una crisis adolescente normal (lo que no es habitual en esta población tan marginal), si no se resuelven, en un alto porcentaje dan lugar a adultos con trastornos de la personalidad.

Un 40% de los trastornos de conducta dan lugar a jóvenes delincuentes, y un 90% de los delincuentes han tenido trastornos de conducta.

Teniendo esto en cuenta, se realiza una intervención global que apunte a una transformación interna de los adolescentes y no sólo a un control de sus conductas disruptivas.

Por supuesto, sin descuidar el disminuir el sufrimiento, en control sintomático y la prevención de conductas antisociales, que son otros de los objetivos.

La manera de intervenir es la puesta en marcha de todos los recursos posibles necesarios para promover esa transformación, o reestructuración de la incipiente personalidad, para hacer posible un desarrollo psicoemocional lo más normal posible.

1. Necesidades evolutivas de cualquier adolescente. Los menores tienen entre 12 y 18 años, y los ingresos son largos. Como cualquier chico/a de esa edad se enfrentan a unas metas evolutivas de cuya satisfactoria resolución depende mucho de su desarrollo posterior como adultos.

Algunos hitos de adolescencia son:

- la transformación somática derivada de la maduración genital
 - desarrollo de una identidad propia
 - salida de la familia de origen y desarrollo de una autonomía personal
 - desarrollo de la capacidad de cuidar a otros (frente a ser cuidado)
 - desarrollo de recursos propios maduros y útiles
 - reubicación en la realidad- en el mundo, lo que pasa por una previa ubicación realista en la historia biográfica de cada uno
2. Necesidades derivadas de la situación de tutela (desamparo)
 - aspectos cotidianos, necesidades básicas de la vida
 - aspectos carenciales/abandónicos
 - abuso/maltrato
 - aspectos traumáticos

Para ello, tenemos que proveer un entorno cuidador, evitar la repetición de experiencias de abuso/maltrato, promover el aprendizaje de habilidades a las que no han tenido acceso, exposición a experiencias emocionales no vividas (de confianza, seguridad, apoyo), que les han dejado carencias tanto en conocimientos instrumentales como en mecanismos intrapsíquicos necesarios para un ajuste adecuado a la realidad.

3. Necesidades derivadas de la patología mental
 - tratamiento farmacológico
 - tratamiento psicoterapéutico

- experiencia emocional correctora global, para lo que se favorecerá el desarrollo de un proceso terapéutico en que se puedan poner en juego y modificar aspectos patológicos del desarrollo del adolescente.

Estas tres dimensiones son muy interdependientes, siendo la problemática emocional la que muchas veces impide el desarrollo cognitivo y el aprovechamiento de las posibilidades educativas.

La atención a las necesidades evolutivas del adolescente iría encaminada a una estructuración adecuada de la personalidad, y la atención a los aspectos ya patológicos de la personalidad y a las experiencias de abuso, maltrato, abandono, etc., tendría más relación con una reestructuración terapéutica de la personalidad. Sin embargo, tanto el entendimiento de las distintas necesidades, como las intervenciones dirigidas a su manejo se solapan en muchas ocasiones.

FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN

La diferencia clave entre este centro y los hospitales de día para adolescentes (que tienen el mismo perfil psicopatológico de chicos) es el ser además centro de protección. Esto supone que son chicos de la administración, de nadie, o de todos.

La Administración (la Delegación de Bienestar Social correspondiente) representa a las figuras parentales reales (es quien asume la tutela, quien pide o rechaza el ingreso de un menor). Pero al ser una figura parental tan informe y ausente, tan poco personalizada, todas las proyecciones parentales recaen de forma masiva en el centro que acoge al menor.

El centro, por tanto, tiene que hacerse cargo de esa función parental total y real (el director del centro tiene de hecho la guarda de los chicos ingresados). Eso favorece que se de una regresión psicológica importante en los menores, con externalización de todos los conflictos, proyección de relaciones objetales primitivas, etc.

Analizándolas brevemente por partes, las funciones del centro que proveen las condiciones necesarias para que se dé un proceso terapéutico serían:

1. Sustitutiva de las figuras y funciones parentales

Es por el propio modo de internamiento la primera función, la más global y que enmarca a todas las demás.

Esto significa desde darles de comer, enseñarles hábitos de higiene, darles una cama y techo, comprarles ropa, celebrar su cumpleaños, etc. hasta todas las funciones emocionales parentales, incluidas la contención de las angustias más primitivas, pasando por ser la base de seguridad desde la que explorar el mundo, hasta ser la pantalla sobre la que proyectarse, con la que pelearse en el proceso de afirmación de una identidad propia.

2. Protectora

El internamiento en régimen semiabierto obliga a una tregua en los conflictos con el exterior y a la prevención de conductas auto o heterodestructivas. Con esto se quiere evitar que el adolescente acumule más experiencias estructurantes de una personalidad antisocial, reforzadoras de la omnipotencia juvenil y que complican el desarrollo hacia una identidad más prosocial y adaptativa.

No se pretende sólo evitar esas conductas, lo cual puede limitar el crecimiento personal, la educación y la libertad, sino que durante un tiempo se favorece, se presiona, se pone al menor en unas condiciones en que necesariamente va a pensar. Evitar la actuación es en estos momentos el único modo de afrontar las limitaciones de la realidad y las frustraciones personales.

3. Continente

El centro tiene que ser capaz de “soportar” las actuaciones de los adolescentes sin recurrir al rechazo o a la expulsión, que

es la experiencia repetida que han vivido y que les ha ido dejando un poso de inseguridad básica y soledad sobre la que se arman los mecanismos de defensa más patológicos. El centro tiene que hacer de entorno firme, seguro e indestructible, es decir, de contención que ponga a prueba su omnipotencia y su certeza de soledad y abandono. Esto favorecerá que puedan ir confiando, expresando conflictos. Los chicos actuarán toda su problemática, provocarán y pondrán a prueba los límites de la institución, que debe ser capaz de digerir las actuaciones por ellos y “devolverlas” en palabras, dándoles un sentido. El equipo actuará de sostén de las angustias y yo auxiliar elaborativo, mientras el menor va desarrollando la capacidad de ir elaborando él sus conflictos. Se intentarán entender todas las conductas disruptivas y transformarlas en conflictos no resueltos o necesidades emocionales no cubiertas. Todo ello, sin permitir actuaciones auto o heterodestructivas.

4. Mediadora

Función mediadora de las relaciones interpersonales gravemente deterioradas o bloqueadas, que se expresan como proyección de aspectos parciales de relaciones objetales primitivas, en los distintos miembros del equipo. Se intentará que el equipo pueda responder de modo que el menor vaya interiorizando objetos totales, analizando sus proyecciones. Para ello la estructura del centro y la dinámica del equipo deben facilitar un entorno relacional donde se experimente y, en el mejor de los casos, introyecten, modos de relación menos patológicos que los previamente vividos.

5. Acompañamiento, yo auxiliar, modelado

Apoyo para aumentar la autoestima y proporcionar bienestar. El centro debe ser el agente que facilite el desarrollo progresivo del menor, con progresiva autonomía en condiciones de seguridad, no expuesto a riesgos inmanejables con sus recursos personales y que pueden ser muy perjudiciales.

6. Estructura

La organización del espacio, el tiempo, las actividades, la organización externa en general, facilita la organización interna (mental) de los pacientes. Parte fundamental de la estructura es la coherencia de la organización del equipo, con funciones claras del personal, fluidez de comunicación, reglada y no reglada. Que los miembros individuales del equipo no actúen de forma individualizada, manejando, ocultando información, pretendiendo responder desde lo individual. Es prioritario dar una coherencia y consistencia al manejo de los pacientes, que todas las intervenciones desde los distintos miembros del equipo no sean iguales pero sí coherentes unas con otras, y que haya espacios para resolver los conflictos internos del equipo, y no lleguen, sin digerir, al grupo de menores. Sólo si la estructura del centro es estable, flexible pero firme, se podrá favorecer el desarrollo de funciones mentales superiores (yoicas), ausentes en la mayor parte de los chicos que llegan: demora en las gratificaciones, regulación del placer/esfuerzo, etc.

7. Aceptación, espejo

Una actitud general de aceptación, de no reproche por sus conductas inadecuadas, síntomas y rarezas, sino de intento de entendimiento. Estas conductas no deben ser reprimidas (aunque la agresividad debe manejarse con firmeza) sino aceptadas como llenas de significado, expresión de dificultades internas. Esta actitud es necesaria para acompañar al menor en el proceso de afirmación de su individualidad, y de aceptación de sí mismo.

En resumen, se pretende un enfoque integrador (frente a ecléctico), que responda tanto a las necesidades evolutivas del adolescente como a las terapéuticas individuales de cada chico. En este enfoque juegan un papel fundamental en entorno (físico, humano y organizativo) que se organiza como

un todo facilitador del desarrollo de un proceso terapéutico que permita la transformación interna de los adolescentes. Todo ello en un tiempo limitado y con el objetivo de una integración lo más normalizada posible al alta. No se pretende que la estancia sea lo más corta posible sino lo más útil, y que se pueda llegar a un nivel de profundidad de cambio máxima en relación a la patología del menor.

El centro lleva funcionando dos años, con episódicas crisis en el funcionamiento pero recorriendo un camino hacia una estabilización cada vez mayor, donde el efecto de las distintas incidencias inesperadas puede tener progresivamente una menor incidencia desestabilizadora en el funcionamiento.

Asuntos preocupantes pendientes de resolución son la excesiva contención, represión de conductas, lo que puede llevar a anular la iniciativa, la esperanza y provocar dependencias. Las dificultades para integrar los aspectos de acogida y terapéuticos, que lo convierten en una institución total, de la que es muy difícil la salida. La continuidad de cuidados desde el centro para posibilitar la progresiva autonomía que desde el centro no se puede proveer de forma completa es un tema por resolver.

En este momento estamos pensando en la manera de evaluar los resultados, necesariamente a largo plazo, valorando la evolución a la salida del centro y no sólo el funcionamiento dentro, lo que tendrá necesariamente que pasar por la comparación con casos parecidos que no hayan pasado por el internamiento. De momento, con la escasa validez que ello aporta, las evoluciones intra-caso son positiva en muchos casos.

La teorización del trabajo que se viene realizando en CASA Joven se apoya en las ideas de la comunidad terapéutica de Baradacco, de entorno terapéutico de Gunderson, de manejo de pacientes difíciles de Kernberg y Kohut y las teorías del apego de Bowlby.

LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO*

Carmen Maganto** y Soledad Cruz**

INTRODUCCIÓN

La alarma social que en los últimos años han despertado los trastornos alimentarios encuentra su justificación por el incremento progresivo y cada vez en edades más tempranas en adolescentes y jóvenes (Turón, Fernández y Vallejo, 1992). Buscar la explicación a estos hechos no es fácil, pero sin duda los factores culturales y sociales tienen parte de responsabilidad en que este incremento se produzca. Está demostrado que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios (Vaz, Salcedo, Suárez y Alcaiana, 1992). Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero, y Martínez, 1995). Varios trabajos han sido publicados a este respecto, indicando la incidencia de los factores socioculturales y los trastornos alimenticios

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Facultad de Psicología Universidad del País Vasco.

(Garner y Garfinkel, 1981; Martínez, Toro, Salamero, Blecua, y Zaragoza, 1993; Toro, 1988; Raich y Mora, 1991).

Quizá el que en esta cultura predomine un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, explique el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno en la población femenina (Maganto, Del Río y Roiz, 2000).

Por ello, el trastorno alimentario ha sido también estudiado en el marco de la cultura actual, bajo el concepto de lo que ha venido denominándose trastorno étnico o natural.

TRASTORNO MENTAL Y/O TRASTORNO ÉTNICO

Cada momento histórico conlleva un conjunto de valores sociales y culturales que condicionan el modo de vivir y enfermar de las personas. Por ello, ciertos trastornos psicológicos expresan las ansiedades esenciales y los problemas no resueltos de una cultura. A esto se le ha llamado *trastorno étnico*. La psicopatología es una ciencia que estudia la expresión y las paradojas de enfermar en una cultura. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Como ya expresamos en otro momento (Maganto, Del Río y Roiz, 2000), un trastorno natural o étnico se apoya en valores que la sociedad establece de forma directa o soterrada como “ideales”. Cuando éstos son extremados o demasiado elevados se convierten en aspiraciones por las que hay que pagar un alto precio para conseguirlos. Los síntomas son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes frecuentes dentro de la cultura, que a menudo incluyen conductas que son muy valoradas. El trastorno es una pauta de desviación que proporciona a las personas maneras o modos aceptables de ser irracionales o desviados. Ya que este trastorno recurre a conductas valoradas, pero es a su vez una

expresión de desviación, provoca respuestas sumamente ambivalentes por parte de los otros: pavor y respeto, quizá, pero también reacciones castigadoras. Estos trastornos generan fascinación y repugnancia (Abraham, y Llewellyn-Jones, 1994).

Los patrones estéticos corporales, sin duda, son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico. El incremento de los trastornos de la ingesta de comida es un fenómeno de las sociedades industrializadas de Occidente. Estas enfermedades son inexistentes en el mundo no occidental o en países subdesarrollados: India, África... donde el hambre es una amenaza real. En este sentido puede considerarse un trastorno natural o étnico.

La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población en cuestión. Vandereycken y Meermann (1984) analizaron el impacto que la “cultura de la delgadez” tiene entre las jóvenes, así como el papel que juega en el incremento de los trastornos de alimentación.

Es innegable que el marketing de la belleza es un negocio a gran escala en muchos ámbitos de la vida. Sabemos que los medios de comunicación influyen, pero es casi imposible tomar conciencia del poder que ejercen sobre cada uno de nosotros. La persona tiene un “esquema” perceptivo/emocional que le dice si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad propone e impone (Guimón, 1999). En mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido. Las variables edades y género no son ajenas a esta presión, muy al contrario, son variables que parecen condicionar la necesidad de mayor ajuste a los ideales sociales.

La influencia que está ejerciendo esta cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre. No se sabe cuál será el modelo ideal dentro de 15 ó

30 años, pero cualquiera que sea, en cualquier momento histórico, sólo habrá una pequeña minoría de mujeres que encarnarán en ese ideal utópico de moda, y éstas creerán tener razones para autovalorarse positivamente, mientras que las que se alejen de él podrán padecer y sufrir una baja autoestima.

En la actualidad, la anorexia y la bulimia expresan las contradicciones de la identidad de la mujer del presente. Estas contradicciones culturales están relacionadas con la industrialización occidental (Maganto, Del Río y Roiz, 2000):

- Un cambiante rol de la mujer, en el cual las mujeres se encuentran luchando por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito (autosuficiente, luchadora, competente, eficaz, trabajadora, incorporada al mercado laboral, número uno, ambiciosa, con éxito, delgada...) y las expectativas tradicionales de su rol (sumisa, sexualmente complaciente, abnegada, trabajadora, vulnerable, resignada, en segundo plano, sostenedora del hogar, madre y esposa...). Toda esta multiplicidad de exigencias del rol, muchas de las cuales parecen estar en conflicto unas con otras, es lo que hace tan difícil la situación contemporánea para las mujeres. Esas elecciones de valores fuertemente contradictorios son típicas de las crisis de identidad que puede precipitar la anorexia y bulimia.
- Una preocupación por el aspecto y la imagen corporal que está relacionado con la apariencia de ser o mantenerse joven, dinámica y atractiva, pero lo que está detrás es un mercado de moda masiva y consumista.
- Una preocupación culturalmente generalizada por el control del peso y la obesidad. Se suele equiparar delgadez con competitividad y éxito.

La pubertad y adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la

propia imagen cobra una importancia singular. Las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice esta cultura de la delgadez. Las adolescentes tienden a equiparar bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez. Hay adolescentes con una insatisfacción importante en relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a dichos modelos parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal. (Hsu, 1982; Toro, 1988; Toro, Cervera y Pérez, 1989).

Por ello esta investigación se ha focalizado en la adolescencia, proponiendo como objetivos:

1. Conocer la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género;
2. Confirmar si hay o no mayor riesgo de padecer trastornos de alimentación en mujeres que en hombres; y
3. Comprobar si las mujeres en riesgo de trastornos alimentarios distorsionan más su imagen corporal y están más insatisfechas que las mujeres sin trastornos alimentarios.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 200 chicos y chicas con edades comprendidas entre 13 años 6 meses y 17 años 11 meses. Los sujetos no han sido seleccionados al azar, sino que pertenecen a dos centros educativos que solicitaron un estudio sobre factores de riesgo en adolescentes, habida cuenta del incremento de trastornos alimenticios que habían identificado en los últimos 5 años. El nivel socioeconómico de

ambos centros es medio alto y el nivel académico de los alumnos también.

Instrumentos de medida

Varios instrumentos de medida se han utilizado en esta investigación, pero presentamos en este trabajo los resultados de los tres instrumentos diagnósticos que responden a los objetivos planteados:

1. Índice de Masa Corporal (IMC) = Peso (Kilogramos) / Talla² (Metros). El objetivo es conocer el rango de valor de ambas proporciones de un sujeto.
2. El Test de Siluetas (TS. Figuras femeninas adaptadas del Test de Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn, 1986, y figuras masculinas diseñadas por Del Río, Maganto y Roiz, 1998). El objetivo es evaluar la distorsión y la insatisfacción.
3. The Eating Attitudes Test (EAT. Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982. Validación española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991, con punto de corte 20). El objetivo es valorar el trastorno de alimentación.

Análisis estadísticos

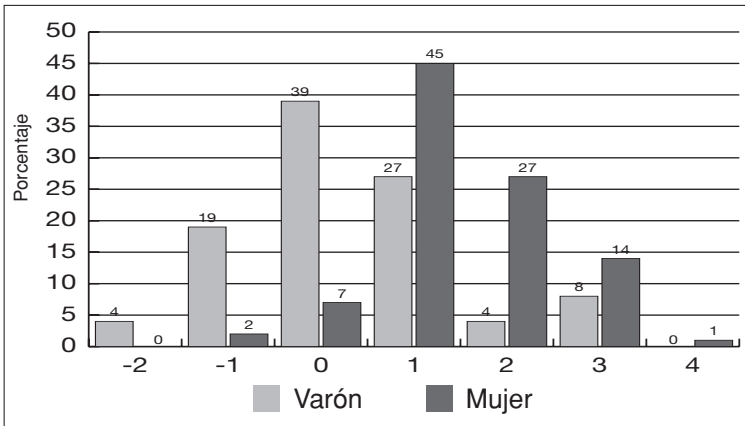
Análisis descriptivos para conocer en qué medida los sujetos están afectados por alteraciones de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal y por trastornos de alimentación en las edades estudiadas; análisis de varianza para conocer si la edad, el sexo y la interacción de la edad y sexo son fuentes de variación de la distorsión e insatisfacción; análisis de χ^2 para verificar si la distorsión e insatisfacción guarda relación con los trastornos de alimentación, tomando como medida de referencia el punto de corte 20 en el EAT.

RESULTADOS

a) Resultados de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género.

GRÁFICO 1

Resultados de TS-Distorsión y género. Puntuación positiva: verse más gordo. Puntuación negativa: verse más delgado

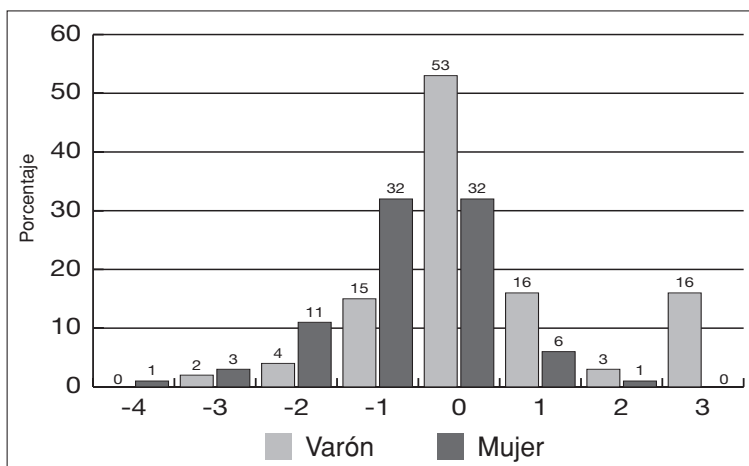


La variable distorsión ha sido evaluada a partir de la siguiente pregunta formulada en el Test de Siluetas: “qué figura representa tu peso actual”. La figura elegida en el TS es el peso percibido por el sujeto. La diferencia entre el peso real, valorado con el Índice de Masa Corporal de cada sujeto, y el peso percibido, lo hemos denominado Distorsión.

Como podemos observar en el gráfico 1, existe mayor distorsión de la imagen corporal en las mujeres que en los hombres (coeficiente de contingencia = 517, $P = .000$). Los chicos, el 40%, se sitúan en el valor cero, que representa la adecuación o falta de distorsión, frente a un 7,6% de mujeres. Un 90,2% de mujeres distorsionan su imagen corporal. De entre ellas, un 45,7% en, al menos, una figura, pero sorprende que un 15,2% se perciban tres figuras más gruesas de lo que corresponde a su peso real.

GRÁFICO 2

Resultados en TS-Insatisfacción en función del género.
Puntuación positiva: deseo de estar más gordo. Puntuación negativa: deseo de estar más delgado



La variable insatisfacción ha sido evaluada a partir de la siguiente pregunta formulada en el Test de Siluetas: “qué figura representa tu peso ideal”. La figura elegida en el TS representa el peso ideal que le gustaría tener al sujeto. La diferencia entre el peso ideal, y el peso percibido lo hemos denominado Insatisfacción.

Los análisis de χ^2 demuestran la relación de significatividad entre las variables insatisfacción y género (coeficiente de contingencia = 368, $P = .000$). Los hombres, como representa el gráfico 2, están más satisfechos que las mujeres con su imagen corporal. Incluso algunos de ellos, estarían más satisfechos si engordaran algo más, 23,3%, ocurriendo esto mismo sólo al 7,5% de mujeres. El 59,6% de chicas están insatisfechas porque desean estar más delgadas, incluso a un 22,3% de ellas les gustaría estar dos figuras más delgadas de lo que realmente están, frente a un 4,9% de chicos.

b) Riesgo de padecer trastornos de alimentación y género.

TABLA 1

Tablas de contingencia. EAT (igual o mayor de 20 y menor de 20) y sexo

SEXO	EAT<20 (N=164)		EAT≥20 (N=33)		Chi cuadrado
	F	%	F	%	
Varón (N=103)	98	59,8	5	15,2	21,909***
Mujer (N=94)	66	40,2	28	84,8	
Total (N=197)	164	83,2	33	16,8	

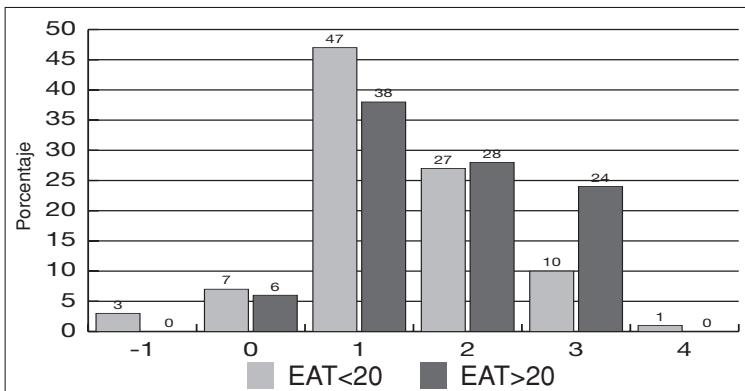
*** $p < .001$

Atendiendo al punto de corte 20 en el Eating Attitudes Test, punto de corte que muestra el riesgo de padecer trastornos alimentarios, la tabla 1 confirma que la probabilidad de que las mujeres tengan un trastorno de alimentación es casi 6 veces superior al de los hombres. Los porcentajes son claramente diferenciales, 15,2% en los hombre y 84,8% de mujeres, siendo el nivel de significatividad alto (coeficiente de contingencia = 316, $P = .000$).

c) Distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en mujeres con y sin trastornos de alimentación.

GRÁFICO 3

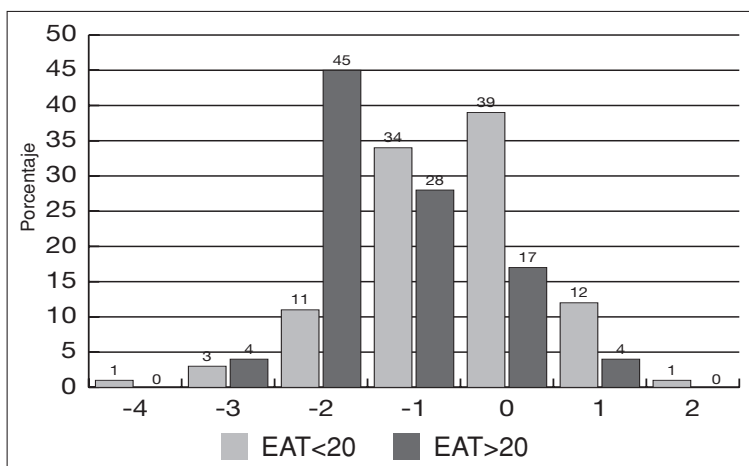
TS-Distorsión y EAT. Puntuación positiva: verse más gordo.
Puntuación negativa: verse más delgado.



Como podemos observar en el gráfico 3 la distorsión de la imagen corporal se da en todas las adolescentes mujeres, independientemente de las puntuaciones obtenidas en el Eating Attitudes Test. Esto indica que existe una percepción distorsionada de la imagen corporal en el 90% de las mujeres ($\chi^2 = 4,214$, $P = .519$), percibiéndose más gordas de los que están. Aunque las diferencias no son significativas, un 25% de las chicas con posibles trastornos alimenticios se perciben 3 figuras más gruesas de su peso real, frente al 10% de las mujeres sin trastornos alimenticios.

GRÁFICO 4

TS-Insatisfacción y EAT. Puntuación positiva: deseo de estar más gordo. Puntuación negativa: deseo de estar más delgado.



El gráfico 4 muestra que existe mayor insatisfacción corporal entre mujeres con posibles trastornos de alimentación que sin ellos. Existe una relación significativa entre ambas variables, es decir, entre insatisfacción corporal y trastornos de la alimentación (coeficiente de contingencia 0,368, $P = .123$). Los porcentajes que se agrupan en el valor cero, 39,4% de mujeres sin trastornos alimenticios frente a un 17,9% con trastornos ali-

menticios, indica la diferencia en el porcentaje de satisfacción entre unas y otras. El desplazamiento de los porcentajes hacia los valores negativos confirma que, si bien tres de cada cuatro mujeres con trastornos de alimentación desearía estar más delgada de lo que está, un 50% de chicas con este trastorno frente a un 16,7% de chicas sin trastornos alimentarios, desearía tener una imagen corporal dos figuras por debajo de su imagen percibida.

CONCLUSIONES

Atendiendo a los resultados anteriormente expuestos, y en respuesta a los objetivos que nos habíamos propuesto investigar, podemos concluir que:

La distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género, es decir, se dan con una frecuencia significativamente superior en el sexo femenino que en el masculino. No obstante, los coeficientes de covariación indican que la relación entre la variable distorsión y género es más alta que entre insatisfacción y género, lo que significa que los adolescentes apenas distorsionan su imagen corporal, mientras que la mayoría de las adolescentes lo hacen. Similares resultados habían sido obtenidos en las investigaciones de Garner y Garfinkel, 1981, Perpiña, 1990, Raich y Mora, 1991, Toro, 1988.

Los trastornos de alimentación son igualmente una cuestión de género, tal como expusimos anteriormente. Nuestro trabajo con sujetos en riesgo confirma los resultados encontrados en otras investigaciones con muestras no clínicas y clínicas, como diversas investigaciones confirman, entre ellas las de Mora y Raich (1993) y Turón, Fernández y Vallejo (1992).

La insatisfacción corporal está relacionada con los trastornos de la alimentación en mujeres, es decir, están más insatisfechas con su cuerpo las mujeres con puntuaciones altas en el EAT que las mujeres con puntuaciones bajas en el EAT. Esto significa que la insatisfacción podría hipotetizarse como un

factor de riesgo de trastornos alimenticios, pero es necesario más investigación para confirmar esta hipótesis. Según Fisher y Thompson (1994) y según Rosen (1993), por ejemplo, no es posible diagnosticar un trastorno de alimentación sobre la sola base de problemas con la imagen corporal, aunque estos fueran clínicamente significativos, pero no se descarta que sean un factor de riesgo para dichos trastornos. En un sentido totalmente diferente, las investigaciones de Hawkins, Fremouw, and Clement (1984) confirman que las alteraciones de la imagen corporal juegan un papel causal, más que secundario, en los trastornos de alimentación.

Sin embargo, la distorsión de la imagen corporal es una cuestión preferentemente de género, es decir, el porcentaje de chicas que se perciben más gordas de lo que están es tan alto, 90%, que esta variable no guarda relación con el trastorno de alimentación, si bien es verdad que el nivel de distorsión es superior en las mujeres con trastornos alimenticios que sin ellos. Esto contradice en parte los hallazgos de Brush (1962) para quien sobreestimar la talla corporal era patognomónico de la anorexia. Posiblemente, en los últimos años el incremento de la distorsión en la población femenina ha ido en aumento. En este mismo sentido van los resultados de Perpiñá (1990) quien demostró en su investigación la dificultad de establecer límites entre muestras clínicas y no clínicas, especialmente en las adolescentes, en relación al trastornos de distorsión, debido al mayoritario deseo femenino de tener cuerpos cada vez más estilizados.

Conocer y comprobar la importancia del peso real en las adolescentes, así como la distorsión e insatisfacción con su imagen corporal nos pueden ayudar a intervenir precozmente en poblaciones subclínicas y no clínicas, a fin de evitar el incremento de los problemas de la ingesta. No obstante, estudios comprobados sobre si estas variables u otras relacionadas con la imagen corporal son factores de riesgo, y en qué medida lo son, mejoraría las posibilidades de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, S., y LLEWELLYN-JONES, D. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Madrid: Alianza.
- BELL, C., KIRKPATRICK, W AND RINN, R.C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.
- BRUSH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- FISHER, E. AND THOMPSON, J.K. (1993). A comparative evaluation and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, S.E.; Hobfoll, M.A.P. Stephens, and D.L. Tennebaum. (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- GARNER, D.M. AND GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BHOR, Y. AND GARFINKEL, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- GUIMON, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- HAWKINS, R.C., Fremouw, W.I. y Clement, P. (1984). *The Binge-Purge syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*. Springer: New York.
- Hsu, L.K. (1982). Is there a body image disturbance in anorexia nervosa? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 305-307.
- MAGANTO, C., DEL RÍO, A. Y ROIZ, O. (2000) Factores de riesgo de trastornos alimenticios. 1 European Congress of Psychotherapy. *La Psicoterapia en una Europa Unificada*. Barcelona: Libro de resúmenes.
- MAGANTO, C., DEL RÍO, A. Y ROIZ, O. (En prensa) Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de alimentación. Madrid: TEA.
- MARTÍNEZ, E., TORO, J., SALAMERO, M., BLECUA, J. Y ZARAGOZA, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 2, 51-65.

- MORA, M. Y RAICH, R. M.^a (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 3, 113-135.
- PERPIÑA, C. Y BAÑOS, R.M. (1990). Distorsión de la imagen corporal. Un estudio con adolescentes. *Anales de Psicología*, (6), 1, 1-9.
- RAICH, R. M.^a. (1999). Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento. En M. Lameira y J.M. Failde (Ed.): Trastornos de la conducta alimentaria. Universidad de Vigo. Santiago de Compostela: Tórtulo Artes Gráficas.
- RAICH, R.M.^a. DEUS, J., MUÑOZ, J. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (9), 1, 87-98.
- ROSEN, J.C. (1993). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, S.E.; Hobfoll, M.A.P. Stephens, y D.L. Tennebaum. (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- TORO, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- TORO, J. Cervera, M. y Pérez, P. (1989). Body shape, publicity and anorexia nerviosa. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 23, 132-136.
- TORO, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 205-214.
- TURÓN, J., FERNÁNDEZ, F. Y VALLEJO, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1, 19-25.
- VANDEREYCKEN, W. & MEERMANN, R. (1984). Anorexia nerviosa: Is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3, 15-24.
- VAZ, F.J., SALCEDO, M.S., GONZÁLEZ, F. Y ALCAINA, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, (4), 1, 32-37.

LA BARBIE. UNA ADOLESCENTE SIN TIEMPO*

Mariela Michelena**

Como afirman Moses y Eglée Laufer, hablar de adolescencia es hablar de la novedad de un cuerpo física y sexualmente maduro. Pasar de lo edípico, como meramente sexual, a una sexualidad edípica incestuosa y en consecuencia, peligrosa. En este sentido, reconocen en algunos adolescentes “el afán irreconciliable e infatigable de hacer algo con respecto al propio cuerpo o, más precisamente, de alterar la imagen corporal.” (Laufer, M., 1986) Buscan así mantener la ilusión de que controlan ese cuerpo que cambia vertiginosamente y que se erige como un perseguidor.

En la presente comunicación, intentaré ilustrar estas afirmaciones a través del tratamiento de Lucía, una adolescente que libraba una lucha “a muerte” con su cuerpo. Una lucha que no sólo se libraba en su cuerpo, sino en el cuerpo de su muñeca Barbie, con quien mantenía una curiosa relación.

Lucía es la hija mayor de una pareja de profesionales. Sus padres, que llevan tiempo preocupados porque la ven muy retraída, acuden a consulta a partir de un intento de suicidio.

La primera vez que la vi, Lucía tenía 17 años y 26 pendientes, distribuidos a todo lo largo de su geografía corporal.

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Psicólogo

Boca, nariz, ombligo, uña. Lo que una vez fue pelo, ahora son rastas, nudos enmarañados que no dejan ver su cara. Lleva pantalones de ciclista, botas de escalador y atuendo de *homeless*. Lucía asusta. Está claro que no sabe qué más puede hacerle a su cuerpo. Lo ha probado todo: agujerearlo, “ras-tearlo”, disfrazarlo. Incluso, ha intentado matarlo.

En la primera entrevista, me explica por qué su habitación es el lugar del mundo que prefiere:

L: *“Allí no hay reloj, y tengo la sensación de que hay tiempo para todo. Tengo cojines por el suelo y velas. ¡Ah! y una Barbie. Vestida de novia, colgada del techo. Ahorcada. Es que la odio. Es la típica mujer artificial. Tan guapa, tan arreglada. Completamente artificial.”*

No como tú, que eres tan natural... –le dije en tono distendido, impactada todavía por su apariencia de disfraz–

Lucía se mostró sorprendida. Como si nunca hubiera reparado en la artificialidad de su propio aspecto.

La imagen escalofriante de esta Barbie ahorcada, con su traje de novia, conmocionaba tanto como la imagen de Lucía.

Pero, ¿qué ahorcaba Lucía con esa Barbie ahorcada? ¿La infancia de una niña que juega a ser mayor? ¿Su propia sexualidad? ¿Qué grave crimen habría cometido su muñeca para merecer ese castigo? Porque la Barbie no es una muñeca más. Una Barbie es una muñeca con formas de mujer; sexuada y seductora. El prototipo de “mujer-objeto”, objeto sexual, objeto de deseo. A lo largo del tratamiento se fueron desplegando múltiples significados de esta curiosa relación.

Al principio, las sesiones transcurren en medio de un silencio impenetrable. Su vida cotidiana preocupa. Bebe hasta perder el sentido. Roba de una forma descontrolada, sin ningún discernimiento, ni de la falta que comete, ni del peligro que corre. Pasa noches enteras sin dormir, y los días como un zombi. Come poco. No asiste a clases. Busca peleas en los

bares. Viaja en moto sin protección. Lleva una vida sexual promiscua... Y, no obstante, acude a todas las sesiones. Eso sí, con 15 minutos exactos de retraso.

A los dos años de empezado el tratamiento trae el siguiente sueño:

L: *“Soñé que me quitaba todos los pendientes para lavarlos y después no me los podía volver a poner. Faltaban unos y había otros, raros, que no eran míos. Empecé a abrir cajones y encontré cosas para el pelo. Cintas de raso, una diadema con un corazoncito, todo era rosa, como de niña. Mi madre quería que yo me las pusiera, pero yo se las regalaba a mi hermana, y le decía a mi madre que yo ya no era una niña.”*

Y agrega: *“De las cosas del pelo, no sé. A mí me encanta peinar y que me peinen. De pequeña era mi madre quien me peinaba. Le encantaba peinarme. Yo siempre estoy peinando a mis amigos, haciéndoles peinados raros. Les corto el pelo, les tiño, les hago rastas, juego. Ahora me da pena porque ya nadie me toca el pelo. A veces mi madre se pone a revisarme el pelo y pone cara de asco. Casi ni se me acerca. Busca piojos. Eso me da una rabia horrible.”*

El pelo de una niña es un lugar de encuentro entre madre e hija. La madre “juega a las muñecas” con el pelo de su niña. Con sus rastas, Lucía quiebra ese espacio y convierte el puente de unión en una prueba de obstáculos. Su madre tendría que abrirse paso entre la maraña de sus rastas para llegar a ella. En ese sentido, las rastas, que aparentan ser un ademán de autonomía “ya no soy una niña y hago con mi cuerpo lo que me da la gana”, están tan dedicadas a su madre, como el corazoncito rosa de la diadema que aparece en el sueño y representan una demanda radical de volver a ser “la Barbie de mamá”, el bebé que exige rendición incondicional y amor a prueba de rastas y de piojos. “Si me quieres, tienes que quererme como sea.” Por su parte, Lucía perpetúa su infancia cuando “juega a la Barbie” con el pelo de sus amigos.

Meses después, Lucía comenta que la noche anterior había estado triste y dice: *“No aplanada como estaba antes, sólo triste. Pensaba: ¡Qué pena! Ya no soy una niña. ¡Qué pena! Mi abuela está muerta. ¡Qué pena aquel vestido que ella me hizo y que ya no me puedo poner! ¡Qué pena!...”* Así, fue enumerando sus penas, sus pequeños duelos. *“Ni siquiera tenía ganas de llorar –me explica– solamente tenía pena”.*

La Barbie es una muñeca que no tiene ni padres, ni hijos. Ni dependencias, ni responsabilidades. Como ser autogenerado, no sufre “las penas” del conflicto edípico. Tiene muchos vestidos y, milagrosamente, todos le sientan bien. Siempre le sientan bien. Porque la Barbie ha detenido el tiempo en su figura. La Barbie no crece, no baja de peso, no engorda. No ha pasado por el proceso de cambiar, ni piensa envejecer.

En la sesión del “qué pena”, Lucía recuerda un vestido de niña que ya no puede usar. Un vestido irrecuperable, como su cuerpo infantil.

Si jugar a la Barbie consiste en cambiarle los vestidos a una muñeca; crecer consiste en todo lo contrario. Crecer, es cambiarle el cuerpo a los vestidos de una niña.

Sin la sesión del “qué pena”, sin el duelo que ha vivido Lucía por lo que está perdido para siempre, no habría sido posible la sesión, que ocurrió varios meses después:

L: *“Estoy harta de ser “rara”. Ser “rara”, sí, será muy original pero no tiene ningún sentido. Además, se llama a algo “raro” cuando no se sabe si es bueno, o si es malo. Ser raro no significa nada. Ya tengo ganas de ser normal.*

Estoy poniendo orden en mi habitación. No te creas, no es nada fácil. No sé qué hacer con la Barbie, la veo hasta con cariño. He pensado en quitarla. Ya no la necesito. A veces la miro y me pregunto: “¿En qué estaría yo pensando para colgar a esa Barbie allí, y maquillarla con ojeras, con cara de muerta y sangre por la boca!”

Lucía empieza a desprenderse de la Barbie y de su identidad de “rara”, como un niño se desprende de su objeto transicional. Con un poco de nostalgia pero sin dramatismo. Como ella dice, “ya no los necesita”. Y, como diría Winnicott, (1971) la Barbie va a caer, como un cascarón vacío, por su propio peso, porque ya no tiene una función que cumplir.

La despedida se prolongó un mes y pasó por distintas etapas. La descolgó del techo, la “des-ahorcó” y la tuvo unos cuantos días sentada sobre su escritorio. Tenerla “frente a frente” la obligaba a mirarla de cerca y esta imagen especular la impresionaba; entonces se animó a lavarle la cara y a quitarle las ojeras y la sangre que salía de su boca. Después decidió que su Barbie merecía lo que ella denominó “un entierro digno”. Buscó una caja de galletas “de su tamaño” y allí la guardó. Desde entonces, no ha vuelto a mencionarla.

Lucía reconoce el paso inexorable del tiempo. Hace el duelo por su cuerpo de niña, a través de ese vestido de la infancia que no podrá volver a usar. Ahora puede ofrecerle a la Barbie un digno entierro y dejarla descansar en paz. Ya no la necesita perennemente castigada, condenada a muerte, muriendo por el pecado de crecer. Sólo a partir de ese duelo por el cuerpo perdido de la infancia, y la renuncia a la satisfacción de los deseos edípicos incestuosos, es posible que el adolescente acepte su propio cuerpo crecido, sexuado.

BIBLIOGRAFÍA

- LAUFER, MOSES, (1986). Adolescencia y Psicosis. *Int. J. Psycho-Anal.* (1986) 67, 367.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. En: Realidad y Juego. Ed. Gedisa, Bs. Aires, Argentina, 1982.

DE LA ACOMODACIÓN A LA ADAPTACIÓN: UNA EVOLUCIÓN NECESARIA EN LA FILIACIÓN ADOPTIVA*

Esther Grau**

Esta comunicación surge de la experiencia de trabajo que desde hace unos años realizamos en el equipo de adopciones de la Fundació Eulàlia Torras de Beà de Barcelona, como Institución Colaboradora para la Integración Familiar en convenio con la Generalitat de Cataluña.

Nuestro trabajo consiste en la formación y la valoración de familias que solicitan adoptar –por vía internacional– y en el seguimiento post-adoptivo de los menores, exigido por los diversos países de origen de los niños. Ello nos aporta una valiosa información de las condiciones en que viven estos niños y nos ayuda a comprender la evolución que siguen una vez aquí.

Durante los últimos años, en nuestro trabajo con familias adoptivas que han adoptado a sus hijos por vía internacional, hemos observado los efectos que ejercen algunas de las pautas de comportamiento de los niños adoptados durante los primeros tiempos de convivencia con sus padres, así como su evolución. Nos referiremos aquí, concretamente, al proceso de

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Fundació Eulàlia Torras de Beà (Barcelona)

adaptación que los menores adoptados realizan al entrar a formar parte de sus familias, teniendo en cuenta que el mismo tiene lugar en un contexto socio-cultural y afectivo-emocional radicalmente distinto al vivido hasta entonces. Este proceso se ve influido por multitud de factores, entre los cuales tiene especial relevancia la interpretación que los padres hagan del comportamiento de sus hijos en las distintas etapas del acoplamiento.

Actualmente, hay ya en nuestra Comunidad Autónoma –Cataluña– un gran número de familias (unas 800 en los tres últimos años) con hijos adoptados en países diversos (China, India, Nepal, países del Este europeo y latinoamericanos). Son, todos ellos, países en los que las circunstancias socio-económicas obligan a dar a sus niños en adopción. Ello hace que la experiencia de vida que tienen esos niños sea, cuando menos, de carencia afectiva, y que en muchos casos hayan sufrido en sus primeros tiempos de vida una gran falta de vínculos. Esto constituye en sí una experiencia de maltrato, a la cual se suman a menudo otros muchos “daños”. Cada país, cada institución, habrá “tratado” a sus niños del modo en que sus pautas culturales y sus medios les hayan permitido; en cualquier caso, nos parece de suma importancia tener en cuenta y comprender los efectos del choque emocional en el cambio (incluyendo en éste lo sensorial, lo afectivo y lo cognitivo) y su influencia durante los primeros tiempos de relación del niño con su nuevo medio, con su familia.

Los menores que viven en circunstancias de desamparo deben ser adoptados. Todo niño tiene el derecho básico a tener unos padres, unos padres que puedan reparar la pérdida de quienes las distintas circunstancias les privaron. Entendemos que cuanto mejor comprendamos los mecanismos comportamentales y su trasfondo psicológico en el proceso de adaptación a esa necesaria vinculación a las figuras parentales, cuanto mayor conocimiento tengamos sobre la influencia que puede ejercer ese pasado de carencia en las nuevas rela-

ciones, cuanta mayor atención podamos prestar a esos primeros tiempos de acoplamiento entre padres e hijo, más recursos estaremos en disposición de ofrecer a los padres para que puedan ayudar a sus hijos a elaborar y digerir el cúmulo de novedades y de pérdidas que arrastran, haciéndose ellos mismos cargo de los aspectos contradictorios que en toda situación de cambio radical tienen lugar y de todo el dolor sufrido anteriormente. Para ello, los padres deberán tener en cuenta que ese pasado tiene que encontrar un lugar en la familia donde ir apareciendo y poder así ser elaborado, cuando se pueda y como se pueda. Se trata de analizar –partiendo de la base de que cada niño, cada circunstancia, cada familia y cada dinámica familiar son distintos– los mecanismos que se ponen en marcha cuando un menor, cuyo pasado sabemos lleno de “agujeros negros” –de episodios desconocidos–, llega a una familia que le espera, le desea y que empezó a imaginarlo mucho antes de conocerlo; se trata de comprender este encuentro especial, con el objetivo fundamental de ayudar en el engranaje que va tejiendo el vínculo padres-hijo, y de prevenir las múltiples y variadas consecuencias que se derivan de los desencuentros entre unos y otro.

El aspecto en el que nos centramos aquí es el de la habitual actitud acomodaticia que observamos en los menores adoptados al poco tiempo de formar parte de sus familias, y en el progresivo paso a la interiorización de los diversos aspectos de su nueva realidad, así como de la lectura que desde el medio se hace de dicho proceso y los riesgos que tal lectura puede entrañar. (Nos fijaremos en la dinámica general que tiene lugar en las familias cuyos hijos llegan sanos, entendiendo que la “salud” incluye, en estas circunstancias, enfermedades reversibles, retraso psicomotor, falta de estimulación, desnutrición, etc.).

Pongámonos en su piel por unos instantes: sensaciones nuevas –olores, colores, temperatura, sabores...–, costumbres y ritmos diferentes –pasar de dormir en un pañuelo o en el

suelo a una cuna, seguir un horario en las comidas (en muchas instituciones los bebés se alimentan solos con su biberón cuando tienen hambre, aburrimiento o sueño), dormir solo en una habitación cuando lo normal era dormir con muchos otros, tener cosas propias, estar rodeado de personas con rasgos étnicos extraños, oír un idioma incomprensible, tener que regirse según unas normas de conducta desconocidas, pasar del anonimato a ser el centro de atención de toda la familia, y un largo etcétera que sobrepasaría cualquier lista posible. Todo cambia de la noche a la mañana. Desde la perspectiva del niño cuya experiencia ha sido la de cortes, rupturas, separaciones y cambios repentinos, la precaución, cuando menos, y la desconfianza iniciales serían esperables.

Pasados los primeros momentos la extrañeza desaparece o pasa a resultar prácticamente inapreciable. Los niños empiezan a gozar de las situaciones agradables que la nueva vida les ofrece: una vez superado el miedo al agua disfrutaban de forma espectacular con el baño, viven con entusiasmo el descubrimiento de una motricidad y de una capacidad de movimiento hasta entonces mermadas, muestran su contento ante las sonrisas de las personas con quienes tratan, saborean con visible gusto las nuevas comidas –cuando ya no tienen necesidad de engullir con avidez–, se acurrucan gustosamente en los brazos de sus padres; en resumen, el descubrimiento de un universo de sensaciones agradables. Este baño de “cosas buenas” coexiste con el gran esfuerzo que el niño debe realizar para hacerse con todos los aspectos de su nueva situación, para situarse en su nueva realidad y aprender rápidamente. Y lo que la experiencia nos muestra es que la tendencia generalizada es la de adoptar una actitud que si pudiésemos describir de forma simple con un dicho popular sería la de “allí donde fueres haz lo que vieres”, una actitud de acomodamiento a aquello que los niños interpretan que se espera de ellos. Hay una necesidad de amoldarse rápidamente a las nuevas reglas del juego, de apelar al instinto de supervivencia para transformarse, el

cual ha permitido al menor “luchar” en su pasado –a muchos niveles– por la vida. Así, muy pronto duermen toda la noche y se acuestan sin problema a la hora que se les propone, aprenden con sorprendente rapidez el idioma de su país de acogida, son exageradamente “ordenados” con sus cosas, asisten a la guardería sin protestas, aceptan a los desconocidos con llamativa tranquilidad, etc.

Este necesario –a nuestro modo de ver– primer paso hacia la auténtica adaptación entraña el peligro –y aquí llegamos al punto al que nos queríamos dirigir– de que los adultos que rodean al niño, sus padres especialmente, confundan dicho acomodamiento –repleto de comportamientos que a menudo rayan el sometimiento– con un proceso mucho más largo y complejo: la real adaptación, que debería ir indefectiblemente ligada a la suficiente confianza por parte del niño en unos padres que tolerarán las muestras de desagrado, de tristeza, de rebeldía, de malestar, de rabia y de dolor. Parece que lo que hemos dado en llamar *acomodación* proporciona a los menores el tiempo para ir “adoptando” paulatinamente a sus padres y para llevar a cabo, posteriormente, la elaboración de todos los duelos pendientes. En este punto hallamos, pues, el principal riesgo: lo uno –la gran satisfacción por el disfrute de las sensaciones agradables– sumado a lo otro –el rápido y visible acomodamiento– pueden llevar a los padres adoptivos a la errónea interpretación de que bien pronto el vínculo es ya firme y está consolidado.

A menudo, los padres nos expresan su sorpresa y su preocupación cuando, al cabo de un año o un año y medio de haber sido adoptados, sus hijos empiezan a tener comportamientos –hasta entonces desconocidos– de rebeldía y de grandes rabietas: “no quiere dormirse solo, cada noche es un drama”; “se ha vuelto caprichoso con la comida”; “antes no lloraba nunca, ahora llora por cualquier cosa”; “de repente es mucho más testarudo”; “sólo quiere estar con nosotros, antes era más «sociable»”; “no quiere ir a la guardería, tan bien como

se «integró» al principio”; “hace pataletas por cualquier motivo”; “a veces saca una rabia incomprensible, desmesurada... ¿por qué ahora? Todo iba tan bien... ¿qué ha pasado?”.

Si rescatamos nuestro intento de ponernos en la piel del niño cuya vida parte de las rupturas y que se ve abocado al cambio repentino y total, reconsideraremos que lo esperable, y entendido como natural, sería la expresión de desorientación y de rechazo hacia tantas novedades y hacia el esfuerzo que todas ellas requieren. Esas rabietas, ese malestar, esa inquietud serían lo esperable. Sin embargo, es probablemente necesaria la construcción de una red de relación que sostenga la posibilidad de expresar los sentimientos de rabia y de dolor, y dicha construcción sólo puede ir edificándose sobre la base de cierto convencimiento de la no finitud de la relación. Sólo la constatación de la existencia de un vínculo sólido con sus padres permitirá al niño contactar con el sufrimiento y expresarlo. A su vez, la contención que los padres puedan ofrecer de este cúmulo de sentimientos, reforzará necesariamente dicho vínculo. “El primer día que lloró de rabia y pataleó de enfado supe que no estaba lejos el primer beso”, decía recientemente una madre. Los padres que entienden la adopción como un proceso lento y progresivo están en condiciones de tolerar la espera y saben dar tiempo.

Los padres cuyos hijos ponen de manifiesto comportamientos como los anteriormente citados –las pataletas, la rabia–, deben, aún en su desorientación por el cambio, interpretar dicha actitud como el reflejo de la maduración en la relación y la expresión de la confianza, desde el niño, en unos padres que lo son incondicionalmente. Por fin se muestra tal y como es, dejó de estar de visita y se siente ya en casa.

Creemos que es importante ayudar a los padres adoptivos a comprender que las experiencias difíciles y dolorosas vividas por sus hijos durante la primera infancia y el cambio que inicialmente representa la adopción, desvelan sentimientos profundos de rabia, de pérdida y de tristeza; que dichos senti-

mientos hallan canales de expresión diversos; y que el momento en el que éstos podrán salir a la luz es impredecible. La cuestión radica en contemplar que, ni la acomodación primera constituye una real adaptación –pues excluye mayoritariamente el conflicto–, ni la posterior etapa de expresión del malestar y erupción de los conflictos pone en cuestión la base de relación y la experiencia de vida conjunta habidas durante la primera etapa de acomodación. Debemos alertar a los padres para que no se dejen seducir por los cantos de sirena de la acomodación; ésta debe tener lugar; es probablemente un instinto de supervivencia sin el cual difícilmente podrían haber “tragado” el sinfín de novedades a las que deben hacer frente. Sin embargo, el hecho de situar dicha etapa como un paso previo a la real elaboración del cambio y de las pérdidas, ejerce una clara y definitiva influencia en que los padres favorezcan y propicien la capacidad de sus hijos de conectar con los aspectos difíciles y los sentimientos dolorosos.

Son harto conocidas las consecuencias psicológicas que en los niños puede tener la distancia emocional que se crea cuando los padres no pueden conectar y empatizar con los sentimientos de sus hijos. La adopción de niños que han vivido un pasado dispar, lleno de experiencias desestructurantes y habiendo establecido vínculos -a menudo enfermizos- a pequeños retazos, no facilita en absoluto la imprescindible consolidación del vínculo. Por ello, la prevención en este campo, el trabajo con padres y futuros padres adoptivos y la profundización en la comprensión de la dinámica relacional en los diversos momentos del proceso de filiación, nos parecen de suma importancia.

A modo de conclusión:

Existe cierta distancia entre “saberse adoptado” y “sentirse hijo”.

La acomodación es probablemente un primer paso en toda relación válida (valiosa) y necesaria en los seres humanos;

puede entenderse como un signo de salud mental, en el sentido de que alude al contacto con la realidad que posee quien llega a un “mundo” desconocido. ¿Cómo seríamos recibidos por quienes nos acogen, estando totalmente en sus manos, si actuásemos manifestando todo nuestro malestar y el miedo? En cuanto existe cierta conciencia del otro, éste es un mecanismo de defensa -sano- que se pone en marcha. Ahora bien, la experiencia de relación de muchos de los niños adoptados es usualmente sólo la de acomodación; es probable que en su pasado no hayan tenido la oportunidad de ir más allá, por lo tanto su modo de relación con el otro es básicamente en función del otro.

Las figuras parentales son decisivas en el proceso de individuación: ¿quién soy yo?, ¿dónde estoy yo?, ¿qué es “yo”? Los padres son los principales responsables, depositarios, gestores de lo que “yo” representa para sus hijos pequeños desde que nacen. En los niños adoptados este proceso de individuación está maltrecho y son sus padres quienes, con su capacidad de respeto por el “tiempo” propio del menor en la adaptación y la elaboración, dando cabida a todas sus etapas, podrán contribuir a repararlo y reencaminarlo. Ello sólo es posible si adoptan a su hijo completo, con su pasado, con sus vínculos a trozos y con su forma de ir integrando todo lo que implica ser hijo.

¿LA ATENCIÓN A LOS PADRES Y AL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS PREVIENE LA ENFERMEDAD MENTAL?*

Carme Masip, Jordi Ponces y M. Dolores Mestres**

Quando unos padres buscan la ayuda de un equipo de profesionales porque su hijo presenta problemas de desarrollo de alguna manera expresan un conocimiento del niño, un interés por él y al mismo tiempo expresan su dificultad para enfrentarse solos al problema. Esto parecería que es un buen punto de partida para el abordaje terapéutico de cada caso. Pero no siempre es así; un número significativo de casos viene a la visita con la esperanza de que el profesional les diga que su hijo “no tiene nada”. En ocasiones es el pediatra o la educadora de la guardería quien anima a los padres a realizar la consulta, a menudo con la reticencia de la propia familia. Estas reticencias son mayores cuando el niño presenta dificultades que, como la pobreza en el juego, o en el lenguaje son poco valoradas por los padres.

En una revisión que hicimos el año 1997 sobre los 3.722 casos de niños de 0 a 3 años atendidos en nuestro Servicio desde su fundación el año 1965, 3.360 presentaban una

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Sección de Prevenció i Tractament Precoç. Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel

importante patología neurológica o psíquica. Pero 362 casos no se correspondían con los grandes cuadros de patología neurológica o psíquica, aunque en algunos, al principio, su situación pudiera ser preocupante. Su evolución posterior nos hace pensar que no estamos delante de una patología mayor.

La mayor parte de este grupo de niños, tras un tiempo de tratamiento, alcanzan una normalización en lo que se refiere a las grandes etapas del desarrollo neuropsíquico o presentan unos trastornos que obligarán, en la etapa escolar a otros tipos de ayuda, como puede ser una redacción psicomotriz, un tratamiento logopédico o una psicoterapia.

Con toda seguridad hay que suponer que si estos niños no han evolucionado a una patología mayor, se debe a que las lesiones que pueda tener su cerebro (caso que las tenga) no son muy importantes, o bien que la parte sana del sistema nervioso puede reorganizarse de una manera tal, que llegue a conseguir una buena función de suplencia. Pero al mismo tiempo significa que el medio en el que vive el niño le ha podido aportar la relación y los estímulos necesarios para normalizar al máximo su desarrollo.

Queremos exponer en esta comunicación una reflexión sobre si es útil el modelo de intervención terapéutica que realizamos en la Sección de Prevención y Tratamiento Precoz del Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel de Barcelona. Si hemos ayudado a los niños a desarrollarse mejor y si los padres han encontrado un marco de comprensión que les ha permitido rehacer la relación con su hijo.

En definitiva, si hemos podido evitar un deterioro neuropsíquico que hubiera llevado a más de un niño a situaciones o estados autísticos.

El motivo por el cual llegaron a la consulta estos niños es muy variado y lo exponemos en este cuadro. Se detallan los motivos más frecuentes agrupando finalmente bajo el epígrafe de "otras patologías psíquicas y neurológicas" a un conjunto

de trastornos del desarrollo a veces difícil de delimitar como son: el daño cerebral menor, la hipotonía, las dificultades del sueño, los niños hipersensibles, los niños hiporreactivos, los niños impulsivos, los niños inquietos e hiperexcitables, los trastornos afectivos de la primera infancia, etc., pero que son evidentes en la práctica clínica habitual de un servicio que atienda a niños pequeños.

Niños en riesgo por prematuridad y/o importante patología perinatal.....	51
Niños en riesgo por presentar crisis epilépticas.....	51
Retraso (o detención) del desarrollo durante los primeros meses.....	58
Macro o microcefalias discretas.....	14
Importante trastorno de la alimentación.....	29
Retraso en el lenguaje.....	14
Hipoacusias.....	29
Dificultades de visión.....	7
Otras patologías psíquicas y neurológicas.....	109
TOTAL	362

Teniendo en cuenta exclusivamente la situación neuromental en que se encuentran los clasificamos en tres grupos:

Grupo A, niños en que lo más destacable de su cuadro clínico son los signos de déficit, es decir las situaciones que tradicionalmente se describen con él termino de retraso psicomotriz.

Grupo B, niños en los que destacan conductas anómalas con dificultades concretas para alguna función (alimentación, sueño, juego, etc.), o la incorrecta realización de alguna actividad considerada normal para su edad.

Grupo C, niños que presentan una variada constelación de dificultades de relación, que van desde una relación madre-hijo de tipo parasitario, pasando por distintos tipos de relación adhesiva hasta el niño aparentemente muy competente, auto-suficiente, que quiere hacerlo todo, que quieren controlar el

medio y a la vez mantiene conductas muy primitivas y regresivas. En cualquiera de estos tres grupos esta situación puede coexistir o acompañar a trastornos neurológicos más o menos evidentes.

Dentro de este grupo C destacamos aquellos niños que presentan unos síntomas considerados tradicionalmente de la “esfera autística” y que para nosotros son motivo específico de preocupación:

1. La sonrisa vacía, poco relacional, que no aparece como fruto de una interacción entre el bebé y el adulto, sino como una actividad independiente.
2. Un peculiar desarrollo motor, poco armónico, situación que ha sido estudiada por muy pocos autores. Con un desarrollo motriz aparentemente normal, presentan un tipo de organización motora muy distinta a la armonía del desarrollo normal. Da la impresión que adquieren las grandes etapas del desarrollo motor de una manera discontinua, sin pasar por etapas intermedias: se aguantan sentados a los 6 meses, o andan a los 12 meses o incluso antes, pero sin desarrollar la armonía motora de los elementos intermedios que se configuran entre uno y otro nivel.
- 3 Otros síntomas ya más habitualmente descritos, como son la dificultad para mantener la mirada a las personas, la poca sensibilidad al dolor, el exceso de ecolalia junto a un retraso del lenguaje, las conductas iterativas, el estar distraído cuando se le llama, la dificultad para relacionarse, etc.

Todo este conjunto de síntomas nos hace pensar que estamos frente a un niño que puede desarrollar un trastorno generalizado del desarrollo de DSM-IV o como preferimos, una situación clínica que se puede encuadrar dentro de un trastorno multisistémico del desarrollo en la Clasificación Diagnóstica 0-3.

Para atender a estos niños incluidos en estos tres grupos, organizamos una **actuación terapéutica** que comporta dos tipos de actuaciones: las de **grupo y las individuales**.

La atención en grupo sigue siempre una metodología constante. Se reúnen 3 niños con problemas similares junto a sus padres, que permanecen 7 horas diarias durante tres días. En este espacio de tiempo hay sesiones de observación, de observación comentada, sesiones de grupo con los padres, otras con padres e hijos, sesiones de atención individual por parte de los cuatro miembros del equipo, y finalmente dialogamos con los padres los aspectos más importantes a tener en cuenta en el caso de su hijo. Esta actuación grupal se repite si es posible cada tres meses.

La atención individualizada padres-hijo, a continuación de la fase diagnóstica, en ocasiones es la primera forma de asistencia, previa a la atención en grupo. También se realizan visitas de seguimiento individual, después de la estancia de tres días. La atención directa sobre el niño se vehicula a través de nuestra acción con sus padres, excepto en aquellos casos en los que creemos oportuno la intervención directa de un profesional con el niño.

LA FINALIDAD DE NUESTRO TRABAJO:

1. Acoger la ansiedad de los padres.
2. Ayudarles a conocer y comprender a su hijo.
3. Facilitarles un soporte y darles más seguridad en sus capacidades.
4. Facilitar a los padres recursos prácticos acerca de: ritmos horarios, alimentación, ritos para el sueño, juego, socialización, relación con otros familiares, etc.
5. Ayudar a modificar la cotidianidad del niño facilitando a los padres la organización de la jornada del niño, de

forma que, a través de los cuidados habituales, reciba la relación y los estímulos necesarios para su desarrollo.

6. Estimular la participación activa del niño evitando exigencias y obsesiones.
7. Estimular el juego activo tanto el espontáneo como el participativo.
8. Conocer los niveles del desarrollo que es necesario potenciar.

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para valorar los resultados tenemos en cuenta tres ejes que consideramos básicos para cuantificar la evolución de cada caso. Esquemáticamente se agrupan los items en:

1. Aspectos del desarrollo del niño: en nueve parámetros.
2. Aspectos de la situación de los padres: en 4 parámetros.
3. Impresión subjetiva de los profesionales del equipo.

Teniendo en cuenta estos parámetros (en los que pensamos profundizar si obtenemos financiación para ello), los resultados pueden agruparse en 3 situaciones:

1. En 29 casos (8,01%) pensamos que hemos modificado poco la situación del niño, pero sí hemos ayudado a los padres a hacerse cargo de su hijo.
2. En 14 casos (3,87%) pensamos que han evolucionado bien por sí solos.
3. En 319 casos (88,12%) sí pensamos ha mejorado su desarrollo de manera que lo correlacionamos con la asistencia recibida. Nos basamos en la movilización que hemos obtenido de la situación de los padres, en los cambios en la relación que el niño recibe en el hogar y en la correlación entre los fines que nos hemos pro-

puesto en cada momento y los objetivos que se van cumpliendo.

- 3.a. De estos 319, en 138 niños pertenecientes al grupo C, es decir que presentaban síntomas de la “esfera autista”, creemos haber evitado su psicotización, al conseguir modificaciones de la relación padres-hijo y una mejora en la dinámica en el hogar.
- 3.b. En 174 casos necesitan algún tipo de ayuda en su edad escolar. La comprensión que los padres tienen del problema de su hijo les facilita tomar esta decisión.

En un estudio que pensamos iniciar próximamente valoraremos la situación de un centenar de niños más allá de los 4 años, con lo que podremos completar con datos estadísticos el estudio longitudinal de estos casos.

A pesar de que nuestra afirmación puede parecer subjetiva, pensamos que en 138 niños, nuestra atención a la familia ha evitado un deterioro psíquico, posiblemente un autismo, dado que observamos deficiencias en las relaciones materno-filiales y la poca capacidad de los padres para hacerse cargo del niño. Con ello no queremos abundar en las hipótesis psicogenetistas del autismo, pero sí que pensamos que dando por sentado la existencia de una situación neurológica específica, el desarrollo del cuadro clínico depende en gran medida de la historia relacional de cada niño.

A la pregunta inicial de nuestro trabajo, **¿La atención a los padres y al niño menor de tres años previene la enfermedad mental?**, responderíamos afirmativamente. En los casos en que se ha atendido a los padres cuando los niños son pequeños y la evolución ha sido positiva, un 88,12% la ayuda elaborada ha sido útil. De entre ellos la situación de muchos niños en riesgo se ha podido modificar de forma positiva.

En otros casos, con síntomas de la esfera autista, no hemos podido movilizar la relación madre-hijo o por la grave patología personal de la madre, o por importantes dificultades en la relación de pareja, o por grave deterioro social o por nuestra poca eficacia en poderlos ayudar. Son casos en los que el deterioro mental grave no se ha podido evitar. Son los casos, que pasan a englobar los 3.360 casos de importante patología neurológica o psíquica de nuestra estadística, y que nos obligan a reflexionar sobre nuestro método de trabajo y a organizar más ayudas directas a los niños, a mantener contacto con las guarderías y los parvularios, y, en colaboración con los Servicios Sociales de Base, buscar otro tipo de ayudas a los padres.

LOS SUEÑOS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO*

Eulàlia Torras de Beà**

La importancia de los sueños en los tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos radica, como sabemos, en que son comunicaciones acerca del mundo interno y del funcionamiento mental del paciente. También lo son las llamadas asociaciones libres, pero los sueños, por ser “pensamientos del dormir” dependen de un sistema defensivo distinto, lo que los mantiene más cerca del proceso primario. Los dibujos y los juegos de los niños ocupan un lugar intermedio entre los sueños y las asociaciones de los adultos.

A continuación me referiré brevemente a los sueños en Freud y luego a la evolución que, paralelamente a la evolución de las teorías ha seguido la comprensión y el manejo clínico y técnico de los sueños en el tratamiento. Presentaré algunas viñetas clínicas.

Como sabéis, en enero pasado se cumplieron 100 años de la publicación por Sigmund Freud de la Interpretación de los sueños. En aquel momento habían transcurrido solamente cinco años desde sus primeras publicaciones, las que iniciaban su monumental obra que dio nacimiento al psicoanálisis.

Desde el comienzo, Freud consideró que los sueños –forma particular de pensamiento que se manifiesta en imáge-

* Ponencia presentada en las VII Jornadas de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica en el centenario de “La interpretación de los sueños”, Sevilla 20 de mayo del 2000.

** Psiquiatra. Psicoanalista. Fundación Eulàlia Torras

nes, vinculado al proceso primario y al pensamiento concreto infantil— eran la vía real al inconsciente y también la realización encubierta de un deseo reprimido. Más tarde, en 1933, matizaría esta afirmación y hablaría de “intento de realización de un deseo reprimido”.

Atribuyó a los sueños carácter de formación transicional que sirve a la doble finalidad de preservar el dormir y de permitir que una pulsión reprimida obtenga alguna clase de satisfacción en forma de realización alucinatoria. En su estudio autobiográfico de 1925 dice, “Los sueños se construyen como un síntoma neurótico: son transacciones entre las demandas de un impulso reprimido y la resistencia de una fuerza censora en el Yo”. Denominó *trabajo elaborativo del sueño* a las modificaciones que la censura, mediante los mecanismos de desplazamiento, condensación y simbolización, produce sobre el contenido latente, enmascarándolo hasta convertirlo en contenido manifiesto. A la luz de su primera teoría tópica, los sueños servían al objetivo del análisis: hacer consciente lo inconsciente y descubrir los contenidos mentales reprimidos.

Consideró que los afectos constituían uno de los medios más confiables para comprender el significado de los sueños ya que el contenido emocional sufre menor modificación cualitativa y cuantitativa que el contenido ideacional del sueño y está sometido a una influencia menor por parte de la censura.

Aunque Freud nunca reformuló sus primeras teorías sobre los sueños, su gran intuición hizo que como clínico se adelantara mucho a su propia posición teórica. Así, mientras en el capítulo VII de la Interpretación de los sueños se refiere a que cada elemento del sueño representa un aspecto de la personalidad del soñante, con lo que sugiere relaciones internas de objeto, es mucho más tarde, en 1923, en *El Yo y el Ello*, cuando formula su teoría estructural o segunda tópica que introduce la teoría de las relaciones internas de objeto. Esta riqueza clínica fue más tarde recogida por sus discípulos, que desarrollaron la teoría de las relaciones objetales, dieron

impulso a la conceptualización sobre los sueños y sus funciones en la sesión, e hicieron progresar su manejo clínico y técnico.

Así, los sueños son progresivamente reconocidos como una dramatización en el espacio del sueño de las relaciones internas de objeto (Hernández, 1986), de las ansiedades y de las defensas y, en la sesión, como expresión de la relación transferencial. Autores como Segal (1981) y Grinberg (1981) describen las diversas funciones de los sueños en la relación terapéutica.

Más tarde fueron tomando cuerpo los conceptos de interacción e intersubjetividad, que consideran el tratamiento como un diálogo entre dos subjetividades y destacan, no sólo las proyecciones y el impacto del paciente sobre el terapeuta, sino también las proyecciones y la influencia –beneficiosa o no– del terapeuta sobre el paciente. Entonces, en los sueños de éste, el terapeuta puede reconocer, no sólo las ansiedades, defensas y relaciones de objeto del paciente, sino también la respuesta inconsciente al impacto de sus interpretaciones. Entonces, mientras en algunos momentos el paciente puede por ejemplo aceptar obedientemente una interpretación de su terapeuta, su siguiente sueño puede expresar su verdadera reacción de la que él mismo no es consciente.

La siguiente viñeta clínica ejemplifica una situación de este tipo: En la última sesión de una semana la analista interpreta asociaciones de su paciente como ansiedad negada ante el final de semana. El paciente está de acuerdo y parece confirmarlo asociando hechos de su infancia muchas veces hablados en el tratamiento, como cuando de pequeño lo pasaba mal cuando sus padres salían... En la siguiente sesión explica este sueño: *Llega a la sesión, pero era un lugar diferente, como una academia o una universidad. Entra en una habitación y no es el despacho de la analista sino una aula donde ella está dando clase, ante la pizarra, sobre la "ansiedad de separación".* El paciente, que no relaciona su sueño con la sesión anterior, dice

que no le extraña dado que la analista se dedica a niños y que la ansiedad de separación tiene tanta importancia en la evolución de éstos, etc.

Otro sueño en el mismo sentido: En una sesión el paciente explica sus dificultades imprevistas para asistir a las dos sesiones siguientes y la analista le ofrece inmediatamente un cambio de horas. Ella misma queda con la sensación de haberse precipitado. En la sesión siguiente el paciente relata el siguiente sueño: *Llegaba a la sesión y el despacho estaba cambiado, era como un saloncito y la analista le decía que estaba tomando el té y hablándole de tú le ofrecía dulces de una fuente. Había tazas y otras cosas sobre una mesita. La analista le decía ¿quieres té?* El paciente notaba el doble sentido de “té”, que en catalán significa también “toma”.

Así pues, a lo largo de la evolución del psicoanálisis los sueños van siendo considerados y manejados en la clínica según el marco teórico en el que se inscribe el terapeuta. Aunque de hecho, a pesar de que hablo de evolución de las teorías psicoanalíticas y de la forma de tratar los sueños según ellas, en lo cotidiano coexisten todos los niveles teóricos y de manejo técnico de los sueños. Así, hoy en día hallamos psicoanalistas y psicoterapeutas que han cimentado su quehacer clínico en la primera teoría tópica de Freud y exploran los sueños buscando el contenido latente, hacer consciente lo inconsciente, mientras otros se inspiran en otras orientaciones teóricas citadas o no citadas y tratan los sueños según ellas. Incluso pueden o podemos movernos entre más de una forma –y a veces contradictorias– de conceptualizar la clínica.

Actualmente reconocemos en los sueños funciones comunicativas y funciones defensivas (Grinberg, 1981; Segal, 1981; Hernández, 1986). Entre las funciones comunicativas, la expresión de ansiedades y defensas, de la dinámica y la estructura mental (Rallo, 1986) y de las relaciones de objeto–relaciones entre los objetos internos y partes del self a través de los personajes, los objetos y las acciones del sueño; de la relación

entre los elementos del contenido manifiesto y del latente; del clima del sueño, la calidad de su atmósfera, es una clara propuesta para la elaboración. En este caso, es posible que el paciente sienta el sueño como algo propio y que pueda asociar a él, aunque esto no siempre es así.

Para ilustrar este punto propongo el sueño de una paciente de unos 30 años, casada y con dos hijos, en sus primeros meses de tratamiento con un terapeuta varón. Trabaja en una empresa con un cargo técnico de responsabilidad y recientemente ha entrado a trabajar en su departamento otro técnico con un cargo de su mismo nivel. Sueña que *tiene una reunión con este compañero de trabajo y se da cuenta de que está medio desnuda. De la cintura para arriba apenas lleva ropa. El compañero se muestra muy cariñoso pero correcto y ella está incómoda y avergonzada, pero también excitada. Dice: Este sueño me ha hecho pensar que debo sentir atracción hacia este compañero y no me había dado cuenta. Creía que lo valoraba por su preparación pero que no había nada más. No hace falta detenerse en la alusión transferencial del sueño.*

Los sueños pueden expresar también claros elementos de progreso e integración que el paciente no ha percibido, le cuesta reconocer o incluso niega. Esta dificultad para reconocer el progreso puede deberse a distintas causas: al miedo al compromiso que representa la revelación de la propia capacidad de progresar; a sentimientos de culpa inconscientes relacionados con haber desaprovechado en el pasado las propias capacidades y lo que se ha recibido; o a que la vivencia de progreso y de evolución evoca que en algún momento el tratamiento llegará a su fin, será la terminación del tratamiento. En algunos momentos, la terminación puede vivirse como algo doloroso, negativo o amenazante.

A continuación presento un sueño que ilustra el conflicto con la posibilidad de progresar: Se trata de una paciente en una fase bastante avanzada de su tratamiento. Sueña que *conduce su coche por una carretera que se vuelve camino de bos-*

que cada vez más estrecho; el piso se va volviendo irregular y lleno de piedras hasta que no puede seguir más. Ella está decidida a continuar porque tiene que encontrarse con alguien o con un grupo y era importante –en el sueño sabía de qué se trataba–. Continúa a pie, pero cuando ha hecho un buen trozo se da cuenta de que su hijo pequeño iba durmiendo en el coche y que no puede dejarlo tanto rato. Además ha dejado allí cosas que necesita, como ropa, dinero o documentos. Se despierta inquieta. Me parece claro que la paciente expresa la lucha entre su decisión de seguir adelante y sus temores y dificultades, expresadas en el “mal camino”, o camino cada vez más difícil. En los momentos difíciles duda acerca de volver hacia su yo infantil, su identidad dejada atrás y sus recursos de siempre.

Bassols (1997) sugiere que el hecho de que el sueño sea un instrumento en la elaboración de los conflictos psíquicos explica que algunos pacientes sueñen o recuerden más los sueños durante las interrupciones del tratamiento. Añade que a veces el hecho de soñar en vacaciones o fines de semana puede ser producto de resistencias al tratamiento, pero que en otros casos se trata de una necesidad de suplir el aspecto elaborativo de las sesiones, de continuar con el esfuerzo terapéutico. Entonces el sueño no sólo tiene una función protectora del dormir y del reposo sino también metabolizadora de estímulos y fomentadora de elaboración de los conflictos internos.

Cuando el sueño cumple funciones defensivas puede convertirse en depositario de contenidos mentales disociados; entonces el paciente puede relatarlo como si se tratara de algo ajeno a él, como un cuerpo extraño, como si hubiese visto una película que no le concierne. En este caso, a pesar de que sus contenidos puedan ser comprensibles para el terapeuta a través de su significado simbólico o de su experiencia anterior con el paciente, la forma como éste relata y trata el sueño en la sesión puede hacerlo difícil de utilizar para el terapeuta, lo cual está también al servicio de la defensa-resistencia.

Según la forma de ejercer las funciones defensivas han sido también descritos los sueños evacuatorios, utilizados para depositar ansiedades, descargarlas y desentenderse de ellas; los sueños con función seductora, para fascinar al analista con la producción onírica y dejar en un plano secundario la tarea terapéutica; los sueños al servicio de la manipulación, para conducir la sesión y al terapeuta, etc. Todos ellos son por supuesto resistencias al trabajo analítico. Se trata en realidad de acciones (*acting-in*) que el paciente realiza en la sesión utilizando para ello los sueños.

En ocasiones, el contenido del sueño expresa una acción *-acting in-* que al mismo tiempo el paciente realiza en la sesión. Es como si el paciente anunciara con un sueño lo que simultáneamente actúa en la sesión. Por ejemplo, un paciente sueña que, *se las arregla para conseguir en su trabajo algo que no le corresponde, presenta las cosas para que parezca que todo es correcto*, y hacia el final de la sesión avisa que no podrá asistir a las dos sesiones de la semana siguiente diciendo: *como aviso con bastante tiempo supongo que no habrá problema con la cuestión del pago de las sesiones*.

De todos modos, en el trabajo con nuestro paciente es imprescindible diferenciar el nivel de comunicación en el que nos encontramos y el papel de los sueños dentro de él. Así, es distinto que el paciente agrede a alguien de su entorno o que sueñe que agrede a alguien y lo relate en la sesión. Grinberg dice que el *acting out* es en parte un sueño dramatizado y actuado durante la vigilia, “un sueño que no pudo ser soñado”.

Pero ¿es cuestión del sueño mismo, del contexto mental del paciente, o de la intervención del terapeuta? Porque no cabe duda de que es función del terapeuta transformar la función defensiva del sueño en comunicación, de forma que se aproveche su potencial simbolizante y creativo. Si el terapeuta trata un sueño evacuatorio como algo negativo, hará que no pueda llegar a ser elaborativo. Con esta visión, su paciente y él pueden estancarse en una colusión.

Un paciente relata una serie seguida de sueños y el analista, acostumbrado a escuchar varios en cada sesión y a que el paciente apenas asocie a ellos, se decanta por señalar la defensa: el aspecto evacuativo, la intención de desentenderse de esos contenidos mentales. O sea, los trata como un elemento negativo. Al día siguiente el paciente relata el siguiente sueño: *Se ve a sí mismo buscando deprisa con necesidad de ir al servicio. Siente la urgencia. Ve una hilera de servicios, como si fueran los de un hotel y se dirige al primero pero está cerrado. Se dirige al segundo que está cerrado también. Su situación se hace muy inquietante a medida que va descubriendo que los han cerrado todos.* Despierta sudando angustiado.

Me parece llamativa la forma como el paciente expresa su respuesta a la interpretación del terapeuta y su necesidad de encontrar un terapeuta abierto a que él se exprese como pueda; un analista que le permita de momento aliviarse, descargar tensión, y que recoja aquello que el paciente no puede contener dentro de él ni tratar de otro modo. Este analista podrá luego ayudarlo a metabolizar lo que ahora es emergencia.

Pero para soñar es necesaria suficiente diferenciación entre proceso primario y proceso secundario; entre fantasía y realidad; consciente e inconsciente; entre estar despierto y estar dormido; entre soñar despierto y soñar dormido, todo lo cual requiere un desarrollo adecuado de la función simbólica y de la organización consecuente de la mente. Cuando no existen estas condiciones puede haber una incapacidad de soñar o una confusión entre sueño y delirio.

Todos estos aspectos del sueño lo convierten en un verdadero test proyectivo espontáneo (Torras, 1974), que ofrece elementos para una continuada revisión del diagnóstico dinámico en la sesión, del estado del mundo interno del paciente y de la evolución del tratamiento. La evolución puede observarse en el contenido mismo de los sueños –en las características de los

personajes, las acciones que se desarrollan, el clima del sueño o su atmósfera; en el lugar del sueño en la realidad interna del paciente; –grado de disociación o de contacto con él; y en la forma como el analizado trata el sueño; –interés, capacidad de asociar, comprensión.

También en los tratamientos psicoterapéuticos de corta duración y de objetivos focalizados los sueños resultan un material muy importante como continuo test de la realidad interna del paciente. Ellos brindan por tanto, aquí también, un continuo punto de referencia para la comprensión de la evolución del tratamiento.

Asimismo en las entrevistas diagnósticas, a pesar de las diferencias respecto al tratamiento, los sueños y lo que el soñante hace con ellos aportan datos importantes para evaluar las características de la personalidad, estructura, rigidez o flexibilidad, dinámica de su funcionamiento, grado de patología y posibilidades de beneficiarse de un enfoque psicoanalítico. En todo esto es importante la consideración espontánea que el paciente hace de su propio sueño, el grado y tipo de interés y la capacidad de captar lo que el terapeuta puede aportarle sobre él.

Por ejemplo: al pedir hora para la primera entrevista la paciente pregunta a la terapeuta si el Dr. Tal le ha hablado de ella. La terapeuta no recuerda y la paciente reconoce que el Dr. Tal le recomendó consultar hace varios meses. Este hecho se comenta hacia el final de la entrevista, cuando la paciente menciona que le ha costado mucho decidirse a consultar. Añade que incluso la noche anterior tuvo un sueño que le ha hecho pensar en la entrevista de hoy. Sueña que *entra en un edificio moderno y se dirige hacia el ascensor. Pero éste, sin darle tiempo a indicar ningún piso, va hacia abajo y ella se siente inquieta. Luego se encuentra en un lugar extraño, oscuro, donde la recibe una mujer inquietante. Por allí hay otras personas que ella ve de lejos, pero no sabe quiénes son.*

Hay que señalar el largo camino recorrido en la consideración de los sueños a partir de las primeras teorías de Freud, desde considerarlos el guardián del dormir y un intento de realización de deseos, hasta contemplarlos como un espacio en el que se representa el mundo interno del soñante. Como subraya Bassols (1997) esto ha significado un cambio sustantivo en el aspecto técnico, o sea en la forma de tratar los sueños en el proceso terapéutico.

Así Freud, en la técnica clásica de interpretación, se centra más en el sueño que en el paciente y considera casi insignificante el interés del contenido manifiesto. Para él, el análisis del sueño sigue el camino inverso al del trabajo del sueño: parte del contenido manifiesto y basándose en las asociaciones del paciente efectúa la “traducción” que conduce al contenido latente.

En cambio, cuando se considera el sueño como una expresión de la fantasía inconsciente, de las ansiedades y defensas, del mundo interno, el interés por el contenido manifiesto se incrementa considerablemente y los contenidos latente y manifiesto dejan de estar en contraposición, el segundo encubriendo el primero o significando una defensa ante él. En este caso no se trata ya solamente de contenidos, sino que además se presta atención a las funciones del sueño, a la forma como éste es utilizado en la relación terapéutica. A pesar de que las asociaciones al sueño siguen siendo importantes, no son ya imprescindibles para captar la comunicación: el relato mismo del sueño –contenido manifiesto– contiene mucho de la comunicación de éste como espero que se ha visto en los ejemplos relatados.

En la sesión solemos prestar atención al *foco del sueño*, la ansiedad que se expresa, o el elemento relacional o defensivo central dentro del marco de la sesión y especialmente de nuestra relación con el paciente. Según lo que va sucediendo, iremos tomando más tarde otros aspectos del sueño –ese día u otro día– en que esos elementos se asocien a lo que emerge

en ese momento. Pero hay que diferenciar lo que sería un examen exhaustivo de los sueños en la sesión del trabajo analítico propiamente dicho, que se centra en el análisis de nuestra interacción con el paciente. Porque un examen exhaustivo de los sueños en la sesión, lejos de conectarnos mejor con el paciente, estaría interponiéndose entre él y nosotros. Estaríamos mirando hacia el sueño en lugar de mirar hacia el paciente o hacia la relación, nos estaríamos *entreteniendo* en analizar sueños en lugar de atender a las vivencias de la sesión misma. Sería lo mismo que sucede a veces en los tratamientos de niños cuando el terapeuta mira “hacia la mesa” –los dibujos y los juegos del niño– en lugar de mirar hacia el niño mismo y su relación con él.

Para terminar, quiero relatar un sueño del período final del tratamiento psicoanalítico de una mujer de unos 40 años que había sacado mucho provecho de la tarea: *Íbamos en coche por carretera, mi marido conduciendo y yo admirando el paisaje –ella proviene de un pueblo de montaña– y en eso veo un lugar donde en la realidad han construido un pantano. Veo arriba las casetas nuevas que han construido para los que vivían en el valle, con la carretera ancha que conduce a la carretera principal, no exactamente como es en la realidad, pero algo parecido, pero siento como pena, una cierta angustia. Hace un inciso para decir: al despertarme he pensado que sentía que a pesar de que se trate de una mejora, ellos deben sentir pena de dejar sus viejas casas de siempre. En el sueño, veía en el agua algunas ramas de árbol, alguna parte de las casas más altas y claramente la parte alta de la iglesia, más de lo que se ve en la realidad, ya que la última vez que pasamos por allí sólo se veía la punta de la iglesia. Tenía también una impresión como que los habitantes del pueblo, a pesar de no verlo recordarían todos los detalles, las calles, las casas, a fuerza de conocerlo tan bien.*

No creo que este emocionante sueño requiera explicación. Prefiero dejar su comprensión a criterio de los lectores.

BIBLIOGRAFÍA

- BASSOLS, RAMÓN (1977). Conferencia en la Associació Catalana de Psicoterapeutes Psicoanalítics (A.C.P.P.), el 7 de Octubre.
- FREUD, S. (1900). *La Interpretación de los Sueños*. SE. Vol IV y V.
- FREUD, S. (1933). *Nuevas aportaciones al psicoanálisis*. SE. Vol XXII.
- GRINBERG, L. (1981). *Psicoanálisis, Aspectos Teóricos y Clínicos*. Barcelona. Paidós.
- HERNÁNDEZ, V. (1986). Els somnis com a dramatització de la fantasia inconscient. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol III n.º 2.
- RALLO, J. (1986). El doble contenido latente del sueño. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*. n.º 4.
- SEGAL, HANNA (1981). The Function of Dreams. En *The Work of Hanna Segal*. New York. Jason Aronson.
- TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1974). "Les rêves comme test projectif". *Revue Française de Psychanalyse*, Vol XXXVIII, n.º 5-6, pg. 1.183.

“CON” MEMORIA Y “CON” DESEO*

Mariam Botbol Acreche**

RESUMEN

Este trabajo tiene como referencia la conocida propuesta de Bion (“trabajar sin memoria ni deseo”) para abordar las diferencias (que él subrayaba tanto) entre “psicoanalizar” (en la sesión) y “hablar acerca de psicoanálisis” (fuera de la sesión) (Grinberg L., Sor D, Tabak de Bianchedi, pg. 115).

Tomando la sesión psicoanalítica como unidad, se podría considerar que dentro de ella la actividad que se desarrolla es predominantemente de orden artístico (siguiendo ideas de Bion y Meltzer) y es fuera de la sesión cuando se desarrollan las actividades predominantemente científicas, aunque es cierto que ambas están entrelazadas.

La mente del analista es el “instrumento princep” para ambas actividades, funcionando “sin memoria y sin deseo”, dentro de la sesión y “con memoria y con deseo” fuera de ella.

¿Cómo se cuida un instrumento con características tan peculiares? La investigación en su sentido más amplio (que incluye el autoanálisis, la supervisión, el estudio, el intercambio con grupos y colegas) y en donde interviene en forma cons-

* Comunicación presentada en las “VII Jornadas de psicoanálisis en el Universidad” Facultad de Medicina. Lleida, 31 marzo y 1 de abril de 2000.

** Psicólogo.

ciente "memoria" y "deseo" es una de las formas posibles. También podrían ser útiles el Rorschach y las pruebas proyectivas.

Como ilustración de estas ideas pasaré a comentar un ejemplo clínico

NOTAS SOBRE LA MEMORIA Y EL DESEO

Este es el título de un brevísimo trabajo, publicado en 1967, en el que Bion plantea una de sus postulaciones más interesantes, y, en su momento, menos comprendidas.

El tema será luego retomado y desarrollado en *Atención e Interpretación* y, desde mi punto de vista, en el título de su última obra *Memoria del futuro (A Memoir of the Future)*.

Bion dice:

La Memoria y el Deseo... Tienen que ver respectivamente con las impresiones sensoriales de lo que se supone que ha ocurrido y las impresiones sensoriales de lo que todavía no ha sucedido. La "observación" psicoanalítica no se ocupa de lo que ha ocurrido ni de lo que ocurrirá sino de lo que está sucediendo...

...Para el analista cada una de las sesiones debe carecer de historia y de futuro. Lo que "se sabe" sobre el paciente carece de importancia, es falso o irrelevante. Lo único importante en cualquier sesión es lo desconocido y nada debe impedirnos intuirlo. (Bion, Notas sobre la memoria y el deseo, pág. 679).

Los analistas invitados a comentar este trabajo reaccionaron con fuertes críticas hacia él, señalando algunos que no lo habían entendido, o que lo que planteaba era tan sencillo u obvio que ni siquiera valía la pena plantearlo, o que se contradecía con afirmaciones suyas de trabajos anteriores, etc. En una ocasión una figura prominente de la Sociedad Psicoanalítica, Leo Rangeli, le dijo a Bion que si se trabajaba de ese modo no se tenía derecho a cobrar honorarios profesionales. (Symington, J. and N. pg. 166).

Pero ¿qué significa trabajar de ese modo?

Como señala el Dr. L. Grinberg, uno de los principales estudiosos de la obra de Bion

“Se trata más de una actitud interna por parte del analista que de una real modificación de la técnica frente al paciente” (Bion, Notas sobre la memoria y el deseo, p. 691).

Pero es una actitud que implica consecuencias importantes, por ejemplo, en el modo en que se escucha el material en la sesión. Recuerda, en cierto sentido, a la recomendación de “atención flotante” de Freud, sin embargo, el énfasis puesto en el “sin memoria” fuerza al analista a quedarse desnudo de informaciones previas sobre el paciente en el momento de la sesión. El acento está puesto en el presente y no en el pasado o en el futuro. Puede provocar en el analista el grado de ansiedad útil que se moviliza frente al encuentro con un “desconocido”.

En respuesta a los comentarios que le hicieron, el Dr. Bion dijo:

Me doy cuenta que sería útil que pudiera establecer un distinción entre dos fenómenos distintos que habitualmente reciben el nombre de “memoria”. He tratado de hacerlo al referirme a uno de ellos como “evolución” por la cual entiendo la experiencia en la que alguna impresión pictórica, o alguna idea surge en la mente imprevistamente y como un todo” (Bion, Notas sobre la memoria y el deseo, pág. 689).

Es desde esta diferenciación de donde parte el trabajo que intento hacer diferenciando el “adentro” del “afuera” de la sesión analítica. Dentro de la sesión lo significativo no es lo que se busca sino el recuerdo que surge espontáneamente. Y sólo puede surgir de este modo si hay un trabajo disciplinado que se realiza fuera de la sesión recordando, ahí sí, al paciente deliberadamente, pensando sobre él, supervisando, escribiendo...

La posibilidad de encontrarse cada día con un paciente “nuevo”, a la que Bion apunta, aporta frescura e interés a nuestro trabajo.

Sin ánimo de vulgarizar la aportación de Bion, pero considerándola una postura de un amplio campo de aplicación, podría relacionarla con un comentario que en una ocasión me hizo una fonaoaudióloga: "Cuando tengo que evaluar el lenguaje de un niño prefiero no conocer previamente su edad".

Según mi experiencia, es difícil conseguir el estado que Bion describe, y creo que la capacidad para conectar con el inconsciente del paciente para cual éste prepara, depende también de las características individuales, y sin embargo, a pesar de su dificultad, me parece que es válido intentarlo una y otra vez.

Bion dice:

Quiero reservar el término "memoria" (memory) para la experiencia relacionada con los intentos conscientes de evocar. Éstas son expresiones de miedo a que algún elemento "incertidumbres, misterios, dudas" se interpongan" (Bion, La aprehensión de la belleza. pág. 67, VI: pág. 70).

Cuando habla de "incertidumbres, misterios, dudas" está utilizando las palabras del poeta Keats, a quien frecuentemente se refiere. Su formación académica incluyó vastos conocimientos no sólo de ciencia sino también de arte. Su última obra, "A Memoir" tiene una forma peculiar y totalmente atípica en un escrito psicoanalítico.

Es como si el libro (Memoir) fuera una suerte de terreno de prueba sobre el que Bion ha puesto en práctica una modalidad de pensamiento que ha emergido cada vez más claramente para él en el curso de su evolución como psicoanalista (P. Bion Talamo).

Pero la forma del libro es inseparable del contenido que intenta transmitir, y el contenido tiene que ver con la práctica clínica

(Memoir) es una mina de hallazgos clínicos... pero como en toda mina hay que trabajar duramente para obtener su preciosa substancia (P. Bion Talamo, pág. 236).

Y la forma que tiene Memoir, comparte, con las formas artísticas, el sentido de producir un impacto emocional en el lector (a diferencia de los escritos clásicos de psicoanálisis).

Este es el campo de las obras de arte, (las emociones, los sentimientos) y éste es también el campo con el que trabajamos clínicamente en el consultorio, las emociones los sentimientos.

Bion y Meltzer han prestado particular atención al rol de la función científica y artística en psicoanálisis, y podrían ser, probablemente, los responsables de la posibilidad formal del “psicoanálisis como una forma de arte” (M. Harris Williams, Ao C).

Por lo tanto, habiendo explorado un poco este concepto de Bion creo que el paso siguiente es adentrarnos en las ideas de Meltzer

EL MÉTODO PSICOANALÍTICO COMO UN “OBJETO ESTÉTICO”: TRABAJANDO EN LA SESIÓN “SIN” MEMORIA Y “SIN” DESEO

En su libro, “La aprehensión de la belleza”, Meltzer enuncia uno de los conceptos que, a mi juicio, es una de sus aportaciones principales al psicoanálisis: el concepto de “conflicto estético”

Denomina así al “conflicto incitado por la **belleza del mundo y su representación primaria: el pecho y la cara de la madre que alimenta** (Symington, pág. 493)...

El representante del mundo es, para el bebé, la madre, el pecho de la madre, la cara de la madre: “Objeto complejo de **increíble interés, tanto sensual como infrasensual**” (La aprehensión de la belleza. Pág. 28)

Pero ¿por qué hablar de “conflicto”? Porque el bebé cuando nace (y en cierto sentido todos los seres humanos mientras vivimos) se encuentra inmerso en una situación des-

conocida para él, porque, como todo ser humano tiene que enfrentarse al mismo tiempo con la belleza del mundo y con su misterio,

"...el conflicto estético puede ser enunciado con más exactitud en términos del impacto estético del exterior de la madre "bella", a disposición de los sentidos y el interior enigmático que debe ser construido mediante la imaginación creativa (La aprehensión de la belleza. Pág. 28, el subrayado es mío)."

es el conflicto entre el exterior y el interior, entre lo conocido y lo desconocido, entre el afuera y el adentro...

"Cuando encontramos algo que compromete nuestro interés, cuando vemos que es un fragmento o una instancia o muestra de la belleza del mundo, queremos certificar su autenticidad, conocerlo en profundidad. Y en ese momento encontramos el "corazón de su misterio", junto con las severas limitaciones de nuestra capacidad para conocer" (La aprehensión de la belleza. Pág. 148)

Este concepto de interés es el que nos remite a los ojos del bebé mirando a la mamá que a su vez lo mira "enamorada", a la pasión del niño por los juegos, y, en última instancia, a nuestra capacidad de disfrutar de la vida y del trabajo que hacemos.

Meltzer habla frecuentemente de la belleza del método psicoanalítico. Creo que es un concepto muy complejo. Porque, además del esfuerzo sistemático el método implica para él:

"...intimidad, privacidad, ética, atención, paciencia, postura no enjuiciadora... continuidad... fin abierto... disposición implícita al sacrificio por parte del analista, compromiso a reconocer errores, sentido de responsabilidad hacia el paciente y su familia... englobando en la dedicación a escudriñar el proceso de transferencia - contratransferencia" (La aprehensión de la belleza. Pág. 29).

Cada una de éstas característica podría ser objeto de un estudio particular.

Pero si nos centramos en la posibilidad de abordar el análisis como un objeto estético. El psicoanálisis en particular, o nuestro trabajo en general como algo que despierta en nosotros emociones apasionadas esto sí que tiene una implicación principal que deseo subrayar. Ensalzar la belleza de método, como él hace, permite evitar la infatuación: no es bello el analista, ni es su paciente especialmente bello, pero sí pueden desarrollar entre ambos una “tarea bella”.

Y creer en la belleza del propio trabajo junto con la aceptación no resignada de sus límites es algo que beneficia tanto al paciente como el analista.

En la investigación realizada por Malan sobre psicoterapia breve, el entusiasmo del terapeuta y su disposición a un compromiso profundo (tanto como la del paciente), eran condiciones esenciales del éxito terapéutico.

El método se lleva a cabo entre dos personas, puede contener o subsumir la fealdad, o enfermedad mental o desesperación individuales, La cualidad artística está en el modo en que va más allá de las limitaciones individuales de conocimiento o fuerza Y de éste modo alimenta a los participantes (M. Haris Willams, comunicación personal).

Desde mi punto de vista el concepto de “conflicto estético” está en la línea de las ideas que ponen al hombre frente a su limitación pero al mismo tiempo le dan esperanza (como la castración en Freud, la dependencia del pecho en Klein, “o” en Bion)

TRABAJAR “SIN” Y TRABAJAR “CON” MEMORIA Y DESEO

Llegando ya al final de esta comunicación quiero aclarar que utilizaré el término “memoria” en un sentido muy amplio.

Bion recomienda ejercitar el “sin memoria ni deseo” también fuera de la sesión, pero habla de una “**negación discipli-**

nada de la memoria y el deseo" (Bion, Atención e Interpretación, pág. 43, el subrayado es mío). La palabra "disciplina" aparece frecuentemente en sus escritos, y también las advertencias contra la "mala memoria". Por lo tanto, el "sin memoria" de Bion implica un trabajo duro que es al que me refiero cuando utilizo la expresión "con memoria".

"La mejor técnica es la que no se nota" se suele decir. Pero, en todas las disciplinas, artísticas o científicas, desarrollar una técnica que "no se note" requiere grandes esfuerzos. Las enfermeras tiene que aprenden a poner inyecciones para no pinchar innecesariamente, el pianista para acertar con la tecla primero y para modular la presión sobre ella después, etc.

Picasso decía que esperaba estar trabajando en el momento en que le viniese la inspiración, y cuando uno ve una exposición de obras de un mismo período, puede seguir paso a paso la evolución de sus ideas, en el modo en que las figuras se repiten una y otra vez y al mismo tiempo una y otra vez son diferentes.

Fuera de la sesión la investigación ha de ser constante, tenga la forma que tenga, porque el instrumento que se ha de cuidar disciplinadamente es la propia mente.

La etimología de la palabra "investigación" tiene que ver con "buscar huellas". Pero ¿qué huellas? ¿buscarlas dónde?...

En primer término dentro del mismo analista. Su historia personal, su historia profesional y la vida que lleva tienen una relevancia en el desempeño de su tarea cotidiana mucho mayor que en otras profesiones en las que no se está expuesto de un modo tan directo al bombardeo de las emociones más primarias de otras personas. Por eso Bion insiste una y otra vez en el análisis personal. Pero el análisis no es suficiente si no se ha podido desarrollar dentro de la personalidad una "función psicoanalítica" que "analice" a lo largo de toda la vida sentimientos, pensamientos, acciones...

También están las “huellas” que dejan en nosotros las teorías psicológicas o las ideas que suscribimos. Estas se van estableciendo con el estudio, la reflexión, el contacto con “maestros”, etc.

Las teorías son determinantes del modo en que se realiza la práctica, pero, en una “práctica” tan particular como la nuestra no son tan determinantes. Bion dice:

No creo que lo que separe a los científicos sean sus diferencias de teoría. No siempre me he sentido “separado de alguien que sostiene teorías diferentes de las mías... Por el contrario, me he sentido muy separado de algunos que, aparentemente, sustentaban las mismas teorías. (Bion. Atención e Interpretación. Pág. 83).

Posiblemente esto no se produzca de esta manera en el dominio de las “ciencias duras”... o quizá sí... pero lo cierto es que la utilización de las ideas se ha independizado de quien las emitió. Se puede suscribir una idea (o favorecerse de las aplicaciones técnicas de ellas derivadas) sin decir, “Bion dijo...” La posibilidad de ir articulando un lenguaje común es lo que permite el avance de la ciencia.

Las discusiones con colegas, los grupos de estudio, etc., favorecen el cuidado de la mente. En cambio el aislamiento puede favorecer la omnipotencia en este trabajo, que es un trabajo tan solitario; por eso es tan útil la supervisión y el cotejar con otros las propias ideas.

UNA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El trabajo EN la sesión (“sin memoria ni deseo”)

Como una cierta forma de ejercicio del “sin memoria” en la presentación de este trabajo expondré el primer sueño de Mónica, una joven muy guapa de 27 años, que relata en su segunda semana de análisis.

“Soñé que Alex venía a casa (Alex es un amigo del gimnasio a quien ayer le dejé un mensaje en el contestador que decía “Alex, estoy mal”). La casa estaba toda desordenada y el cuarto de baño estaba sucio, así que yo le echo la culpa a mi hermana pequeña. Después aparece David (el que se quiere casar conmigo) y nos invita a una fiesta. La fiesta es en la calle Valencia y yo en el sueño hago un chiste: “Lo más fácil para ir a Valencia es el Euromed”. En el sueño hay también un cartel luminoso, muy raro, que pone SSO.

Este sueño me evocó variadas imágenes: ¿cómo sería la casa desordenada? ¿y la suciedad en el cuarto de baño?; pensé en los dos jóvenes que aparecían, supuse que pretendiéndola, en lo fácilmente que se quitaba las culpas y se las adjudicaba a la pequeña, en la fiesta y el hacer chistes en contraste con el mensaje en el contestador, en el recurso tan estrambótico y complicado que monta en el chiste de ir a la calle Valencia en un tren de lujo que recorre toda Europa..., pero la imagen que se fue imponiendo, adquiriendo progresivamente mayor intensidad fue la del cartel luminoso. Primero me pareció que las siglas eran SOS e inmediatamente las vinculé con el mensaje “Alex, estoy mal”, que podría traducir directamente en “Miriam, estoy mal”. Pero luego me di cuenta (y ella me lo aclaró cuando le pregunté) que las letras eran las mismas pero el orden no lo era. El cartel decía SSO y no SOS. ¿SS?... ¿SS?... ¿SS?... pensé en las siglas de la Gestapo y recordé algo que ella me había contado, cuando era pequeña era muy “selectiva”, un recuerdo muy, muy antiguo, era que su mamá la llevaba al parque con un cubo y una palita y si los niños no le gustaban prefería jugar sola. En la escuela había una niña gorda a la que ella despreciaba.

Pregunté un par de veces sobre las siglas SS. Ella conecta con la Gestapo, y asocia con una experiencia terriblemente traumática de un aborto. Luego recuerda “El ginecólogo al que consulté después me dijo que donde me habían hecho el aborto no era una clínica sino un campo de exterminio”.

Esto es lo que ocurrió dentro de la sesión, en donde “miro” el sueño como si fuese un cuadro o una película, en donde me dejo llevar por lo que atrae mi atención sin forzarme a recordar datos de la paciente (sin memoria), y tolerando no entender (sin deseo) (Bion, Keats). De las varias opciones interpretativas el cartel comenzó a funcionar como si fuese una diana y sobre él dirigí la exploración del sueño. La asociación de la paciente confirmó mi intuición y permitió la emergencia de un material muy rico. El trabajo se realiza aquí desde una perspectiva más cercana a lo artístico.

El trabajo FUERA de la sesión (“con” memoria y “con” deseo)

Creo que es oportuno que incluya en este lugar algunos datos de la vida de la paciente.

Vino a verme terriblemente deprimida porque se había quedado sin trabajo, hacía sólo un año que vivía en esta ciudad, se sentía sola, etc.

Por el modo en que la vi me preocupó mucho que pudiese hacer un intento de suicidio y pedí que hiciesen un diagnóstico que incluyese Rorschach. Según los resultados esto no era muy probable en ese momento. Esto me tranquilizó y creo que esta tranquilidad facilitó que pudiese trabajar “sin” en la sesión.

Quiero plantear ahora el segundo momento, la reflexión sobre este sueño, momento en el que entran a desempeñar su papel las teorías científicas que sustentó.

Pensando en ansiedades y en defensa, por ejemplo.

Su ansiedad gira alrededor de sentirse revuelta, desorganizada, sucia (como la casa y el baño).

Uno de los modos en los que se defiende es utilizando la disociación, ya que en este sueño aparecen partes muy diferenciadas y contrastantes. Por ejemplo los dos pretendientes,

uno que responde a su pedido de ayuda y el otro, en cambio, la viene a invitar a una fiesta.

En la hermana pequeña ubica, por identificación proyectiva, el desorden, la desorganización, la culpa.

También recurre a defensas maníacas, por ejemplo la fiesta a la que la invitan, o el chiste que hace en el sueño.

Si pensamos en un nivel simbólico, la casa desordenada y el cuarto de baño sucio podrían representar su mente desordenada y sucia, pero, si incluimos la asociación con el aborto, podrían estar representando también a su cuerpo, que siente como desordenado y sucio después de esa intervención.

Fuera de la sesión, funcionando "con" memoria y "con" deseo, hablando "acerca" de psicoanálisis (sea en un diálogo mudo que tenemos con nosotros mismos, sea en una supervisión, o en otras circunstancias) ¡cuántas más cosas podemos comprender!

Cosas que olvidamos cuando volvemos a estar dentro de la sesión, intentando funcionar "sin" memoria y "sin" deseo, intentando "psicoanalizar", intentando, a través de no intentarlo, poder tener un verdadero encuentro con nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- BION, W.R (1974). *Atención e Interpretación*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- BION, W.R.(1993). *Attention and Interpretation*, H. Karnac, London.
- BION, W. R (1969). Notas sobre la memoria y el deseo, *Revista de Psicoanálisis*.
- BION TALAMO, PARTHENOPE (1997). The Clinical Relevance of *A memoir of the Future*, *Journal of Melanie K'lein and Object Relations*, Volume 15, Number 2, June 1997.
- L. GRINBERG. D. SOR, E. T. DE BIANCHEDI (1991). Nueva introducción a las ideas de Bion, *Tecnipublicaciones, S.A.*
- L GRINBERG (1997). *Bion y el psicoanálisis científico* (conferencia pronunciada en Barcelona, noviembre de 1997).
- R. GRINBERG. *Comunicaciones personales*.
- HARRIS WILLAMS, MEG (1998). The Aesthetic Perspective in the Work of Donald Meltzer. *Journal of Melanie K'lein and Object Relations*. Volume 16, Number 2, June 1998.
- HARRIS WILLAMS, Meg. *Psicoanálisis ¿arte o ciencia?*
- MELTZER, DONALD (1990): *Desarrollo Kleiniano*. Spatia Editorial. Buenos Aires
- MELTZER, DONALD, HARRIS WILLAMS, MEG (1988). *The Apprehension of Beauty*. The Roland Harris Educational Trust,
- MELTZER, DONALD, HARRIS WILLAMS MEG (1990): *La aprehensión de la belleza*, Spatia Editorial. Buenos Aires.
- SYMINGTON, JOAN AND NEVILLE (1996). *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. Routledge. London and New York.

PERSPECTIVAS ACTUALES ENTRE NEUROCIENCIA Y PSICOANÁLISIS*

Urbano Alonso del Campo y Marco Bettini**

Introducción

La compleja y vieja problemática de las relaciones entre psicoanálisis y ciencia –cuestionamiento ya planteado abiertamente desde los orígenes del psicoanálisis, y en el que se señalaban también sus limitaciones y dependencias– ha vuelto a plantearse en los últimos lustros (1), sobre todo a partir de las interpretaciones hermeneúticas y la filosofía de las ciencias.

El panorama actual del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica se caracteriza por un clima de renovación, por intentos de revisión de las viejas problemáticas y hacer surgir otras no formuladas previamente; por la preocupación de incrementar la efectividad de la terapia y especialmente, por la búsqueda de modelos integradores que expliquen más satisfactoriamente la complejidad de la actividad psíquica.

En este intento se ha reactualizado un tema que tuvo un lugar preeminente en las preocupaciones científicas y clínicas del fundador de psicoanálisis (2): que ha estado más o menos marginada en el ámbito de algunos psicoanalistas de la línea ortodoxa y que adquiere hoy día, una ocupación y preocupación prioritaria entre los psicoanalistas con una actitud

* Comunicación presentada en las “VII Jornadas de psicoanálisis en el Universidad” Facultad de Medicina. Lleida 31 marzo y 1 de abril de 2000

** Universidad de Granada.

más abierta y en sintonía con el verdadero espíritu de Freud en su relación con las ciencias biológicas.

Después del largo e interminable viaje polémico en el que se repiten una y otra vez los argumentos desde posiciones encontradas, e irreconciliables en muchos casos (3), parece llegado el momento de intentar una cierta unificación del saber psicológico en el que las aportaciones experimentales y perspectivas clínicas no excluyen necesariamente el punto de vista de la corriente dinámico-clínica. Caminamos hacia un saber psicológico en el que las afirmaciones sobre la conducta inconsciente inferida no sea necesaria y apriorísticamente descartada. y, por tanto, el psicoanálisis comience a ser considerado como una pieza fundamental en la explicación de la "conducta". (cfr. C. Domínguez, Creer después de Freud. Ed. Paulinas, Madrid, 1992, 18)

El amplio y genérico campo del comportamiento no puede ser contestado en general, sino a través de un trabajo sobre las formas específicas de articulación en las que cuestiones tan importantes y complejas como las relativas a las pulsiones, la emoción, la sexualidad, las modalidades de existencia del inconsciente, la represión, la escisión mental o los tipos de angustia... pueden ser abordados desde modelos no excluyentes, sino integradores.

Hoy reaparece este intento integrador con nuevo interés y más amplias perspectivas, sobre la base de unos criterios más objetivos y con actitudes más desapasionadas y menos beligerantes, desde el amplio campo de la neurociencia. La abundante bibliografía sobre estas cuestiones está suscitando un renovado interés no sólo teórico, sino también clínico. Recientes trabajos, a algunos de los cuales haremos especial referencia (4) dan prueba de ello.

José Antonio Menéndez Ruiz y Mariano de Iceta, en una reciente revisión de algunos de estos trabajos, constatan no obstante, que en el diálogo/confrontación entre el psicoanálisis

y las neurociencias se siguen manteniendo, con frecuencia, la oposición y el aislamiento. Las posiciones se sitúan, como ha sido habitual, a lo largo de un amplio espectro que va desde los que consideran que el psicoanálisis es una disciplina “auto-contenida”, es decir, delimitada en torno a un objeto de estudio y a una metodología de investigación que no requiere ni aportes ni validación del exterior, hasta aquellos que piensan que los descubrimientos sobre la biología del cerebro dejarían obsoleto al psicoanálisis como una disciplina no científica.

Frente a estas posturas extremas que se han sucedido durante años, quedándose en compartimentos estancos y en actitudes incluso de cerrazón mental e inmovilismo conceptual y –por tanto en posturas dogmáticas y acientíficas– resultan del mayor interés y prometedores los trabajos que intentan elaborar un marco conceptual en el cual se puedan estudiar las articulaciones y las formas de interacción entre los diferentes sistemas del psiquismo y los circuitos neurofisiológicos. Estos autores, en número cada vez más creciente, con sensibilidad científica y rigor metodológico, en lugar de plantearse los problemas desde la oposición y el enfrentamiento, lo hacen con un planteamiento más socrático, preguntándose cómo lo psíquico, lo representacional o las inscripciones en el psiquismo que resultan de los intercambios subjetivos provocan modificaciones en los circuitos neurofisiológicos, y cómo la estructura de éstos, junto a los niveles hormonales, repercuten sobre el mundo representacional.

UN CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD

Esta sugerente tentativa no es de hoy, si bien en nuestros días cobra singular importancia y amplitud. Rof Carballo –profundo conocedor de las ciencias biomédicas y del psicoanálisis, tanto en su obra específica sobre Biología y Psicoanálisis (1972), como a través de sus interesantes investigaciones en el

campo de la patología psicosomática (1950, 1985) nos ha tenido informados y atentos de la importancia de los distintos niveles de conocimiento científico y diferente metodología en los complejos problemas de lo biológico y lo psíquico. Tanto sus trabajos sobre la Patología de los sistemas de autovigilancia de 1971 en los que expone el parangón entre los dos grandes sistemas que en el organismo defienden la “mismidad”, es decir, la individualidad de cada ser vivo, a saber, la teoría autoinmunitaria del envejecimiento defendida en versiones diferentes por Sir Mcfarlane Burnet y por Walford, y la tesis de la vigilancia inmunológica, así como los estudios llevados a cabo desde mediados de este siglo en la escuela de Rochester, singularmente por Engel y Schmale sobre los sentimientos de desvalimiento y de desesperanza (*helplessness* y *hopelessness*) como factores cruciales en la psicosomática y “senda final” de alteraciones profundas de la salud, ponen de manifiesto la fecundidad de esta perspectiva integrativa. Sabemos también que múltiples observaciones han venido a corroborar los trabajos de Green, indicando que pacientes que sufrían leucemias y linfomas con cierta frecuencia habían experimentado la enfermedad a partir de marcadas “perdidas afectivas”, determinando en ellos una reacción de entrega o de abandono. A pesar de la abundante bibliografía sobre este tema desde hace unos ochenta años esta tesis ha tropezado con el más tenaz escepticismo, como se quejaba el propio Rof Carballo.

En los últimos lustros podemos acercarnos a esta problemática con posturas más razonables, objetivas y cercanas al tener un mejor conocimiento de la complejidad de las estructuras cerebrales y de su funcionalidad, contribuyendo a un mejor acercamiento entre las, muchas veces insalvables, orillas que separan las ciencias biológicas y el psicoanálisis.

Esta articulación de la que hablamos no borran las separaciones entre ambos dominios del saber –el del psicoanálisis y el de la neurociencia–, ni pretenden reducirse el uno al otro, sino que este intento integrativo permite seguir progresando en

las cuestiones que les son propias. Estas precisiones clarificadoras nos parecen absolutamente necesarias, pues sus objetivos tan racionales como loables no pueden hacernos olvidar que la obra de Freud está indisolublemente unida al propósito fundamental de la investigación psicoanalítica: el inconsciente; por tanto, a lo que, por definición es lo marginado, lo rechazado, lo que no puede ser visto. De lo que se sigue, con elemental lógica, que la “superación” del psicoanálisis anhelado por algunos puede significar una defensa frente a la complejidad de la estructura y dinámica del inconsciente, bien por creerlo superado, bien por haberlo “domesticado” y “objetivado” en forma de saber teórico o de pura técnica adaptativa.

No puede considerarse esta relación entre biología y psicoanálisis como una especie de eclecticismo complaciente. En “Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis” (1932), Freud escribió: “Pero no esperéis la buena nueva de que la lucha en torno del análisis haya llegado a su fin con su reconocimiento como ciencia y su admisión en la Universidad. La lucha continúa, si bien con maneras menos dolorosas. Además, se ha formado en la sociedad científica una especie de amortiguador entre el análisis y sus adversarios, constituido por gentes que admiten algo del psicoanálisis, si bien bajo condiciones harto regocijantes, y rechazan clamorosamente otras cosas, siendo difícilísimo adivinar en qué fundan tal selección. Probablemente en simpatías personales...” (O.C., III, 3179)

Para hacer explícita referencia a este proceso integrativo entre biología y psicoanálisis, vamos a hacer una breve cala en algunos de los autores a los que hemos hecho alusión al comienzo de este trabajo.

La clave del artículo de E.R. KANDEL constituye, ante todo, una invitación a los psicoanalistas a colaborar con los biólogos actuales, más específicamente con los estudiosos de la neurociencia cognitiva para revisar y rehacer las tesis metapsicológicas, dando a estas hipótesis una más rigurosa base científica que el autor considera perfectamente posible. Este trabajo está

escrito con un profundo respeto por la validez y relevancia del psicoanálisis como un conjunto de hipótesis que han influido poderosamente en el siglo XX y siguen con posibilidades de abrir nuevas perspectivas y más amplios horizontes. Esta colaboración entre neurociencia y psicoanálisis es y debe ser recíproca.

Para Kandel el psicoanálisis de Freud ha mostrado ampliamente su fecundidad en la primera mitad del siglo XX, pues ha revolucionado nuestro modo de entender la vida mental con su aportación decisiva a la gran problemática derivada de la dinámica del inconsciente en el conocimiento de las funciones psíquicas, en la psicopatología y en la ciencia psicológica en general. A partir de esta segunda mitad del siglo, según el autor, ha mostrado lamentablemente un declive, pero sería un error apostar por el reemplazo del psicoanálisis por la biología, ya que “el psicoanálisis todavía representa el más coherente e intelectualmente satisfactorio punto de vista sobre la mente (5). Si el psicoanálisis quiere reconquistar su influencia e influjo intelectual, necesitara cultivar, más que el impulso de respuesta a las posturas de hostilidad y rechazo, implicarse constructivamente en relación con la neurociencia, por parte de aquellos que se ocupan de él y que se preocupan también por formular una teoría más realista y sofisticada de la motivación humana. Mi objetivo en este artículo es sugerir un camino por el cual el psicoanálisis se pueda revitalizar a sí mismo mediante el desarrollo de una relación estrecha con la biología en general y con la neurociencia en particular” (l.c. pág. 505)

Estos supuestos llevan al autor a establecer los puntos de interacción que él considera prioritarios para llegar a un mejor conocimiento del funcionamiento mental. El psicoanálisis debe ser un elemento necesario y enriquecedor no sólo para comprender mejor el funcionamiento mental, sino para el propio avance de la investigación en neurociencias.

Muchos creen que sería suficiente el acercamiento de la psicología cognitiva al campo del psicoanálisis; Kandel no es

de esta opinión; al contrario, mantiene que la verdadera esperanza para que el psicoanálisis recupere el vigor intelectual que le corresponde deberá conjuntarse especialmente con la neurociencia cognitiva con el intento de desarrollar una nueva perspectiva sobre el funcionamiento mental y sus trastornos.

Aunque estemos aún muy lejos de una comprensión biológica satisfactoria sobre los procesos mentales complejos, señala los específicos campos de la memoria y el deseo como los principales protagonistas del interés de la investigación biológica en el siglo XXI, haciendo hincapié en que las respuestas que encuentren a estas importantes cuestiones sólo podrán ser fructíferas y significativas si se forjan a partir del esfuerzo mancomunado entre las ciencias biológicas y el psicoanálisis. El campo referencial entre ambos campos es extraordinariamente plausible y alentador para este autor, aunque el logro probablemente no será tan halagüeño ni tan fácil de conseguir corto plazo.

Al descender al nivel de las exigencias metodológicas, Kandel es más crítico con el psicoanálisis y menos original, pues repite argumentaciones que han sido objeto de amplia discusión tanto desde el punto de vista de la ciencia positiva, como desde la filosofía de las ciencias y de la hermenéutica. Para este autor entre los factores que han contribuido a la crisis del psicoanálisis está lo que ha llamado una metodología restrictiva”, vinculada al mito de la asociación libre y a la interpretación. Y considera que si este método dio abundantes frutos durante muchos años, hoy la observación clínica de los pacientes individuales no es suficiente para garantizar su carácter científico, pues está demasiado sometido al sesgo del experimentador. Desde esta misma línea argumentativa, Kandel insiste en que el psicoanálisis no ha desarrollado técnicas de control, y sin esta exigencia no es posible, afirma, distinguir entre la especificidad semántica y los hechos (6).

Propone también este autor que los Institutos psicoanalíticos acercándose a las técnicas de control deberían introducir

el método de registros de las sesiones clínicas, manteniendo, lógicamente los principios más elementales de la ética profesional y respeto a la intimidad de la persona y con las salvedades y concesiones del propio paciente (7).

Es obligado reconocer que ha existido un problema institucional en el psicoanálisis respecto al aislamiento de este tipo de investigación empírica y de constatación de hechos en que han permanecido las instituciones psicoanalíticas, no habiendo propiciado a sus miembros contextos empíricos y de fácil cuestionamiento interrogativo a sus postulados. Kandel aboga porque el psicoanálisis necesita encontrar recursos y metodologías nuevas y complementarias, así como organizaciones renovadas para llevar a cabo su investigación. Es de agradecer esta buena intención de Kandel, pero ya hemos hecho alusión a estos nuevos métodos y técnicas de investigación en marcha desde hace años, aunque sea deseable su mayor generalización e intensificación. Pero sin excluir esta posibilidad, no debe olvidarse que las luchas, escisiones e incluso sectarismo de las escuelas psicoanalíticas ha provenido también de la “domesticación”, secuestro y “castración” por parte de la “ortodoxia freudiana”, manteniendo posturas rígidas e inmovilistas, o reduciendo las posibilidades psicoanalíticas a “injustificadas atenuaciones” (S. Freud: Autobiografía, 1925) en un elemento más en manos del sistema para acomodar al sujeto a los sistemas ideológicos o políticos dominantes.

El desarrollo del trabajo de Kandel tiene, como punto de partida, considerar que la biología puede llevar a cabo profundas contribuciones para la comprensión de los procesos mentales inconscientes en la psicopatología o a la comprensión del efecto terapéutico del psicoanálisis. En concreto sugiere ocho áreas en las que el trabajo conjunto puede ser particularmente fructífero: 1) La naturaleza de los procesos mentales inconscientes; 2) La naturaleza de la causalidad psicológica; 3) Causalidad psicológica y psicopatología; 4) Experiencias precoces y predisposición psicopatológica; 5) El preconscious, el

inconsciente y la corteza prefrontal; 6) Orientación sexual e impulso biológico; 7) Psicoterapia y cambios estructurales en el cerebro; 8) Psicofarmacología y Psicoanálisis.

El trabajo de Regina PALLY, según algunos comentaristas, es uno de los más interesantes aparecidos en los últimos tiempos relativos a las investigaciones que tratan de establecer vínculos y más avanzados descubrimientos en el campo de las neurociencias con los conocimientos clásicos y más recientes del psicoanálisis.

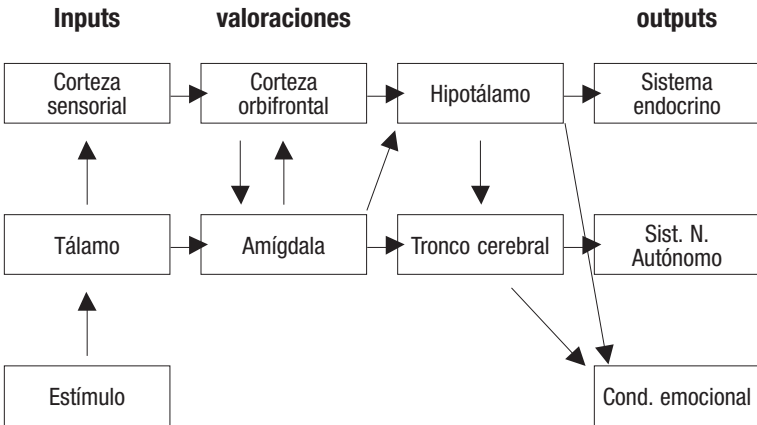
El objetivo y primer eje referencial del trabajo, según la intención de la autora “es aportar luz sobre los circuitos cerebrales de la emoción y demostrar cómo dichos circuitos se aplican a una amplia gama de aspectos clínicamente relevantes: ansiedad, trastornos psicossomáticos, sentimientos de apego y comunicación no verbal”.

La autora toma como punto de partida que “la función de la emoción es coordinar el cuerpo y la mente”. Basada en esta hipótesis, “la emoción organizaría diferentes funciones psicológicas: la percepción, el pensamiento, la memoria, la respuesta fisiológica, la interacción social y el comportamiento en general, proporcionando los medios óptimos para adaptarse a la situación concreta que genera la emoción”. Pero la emoción no sólo conectaría la mente y el cuerpo del individuo, sino también la mente y el cuerpo a nivel interindividual. A través de algunas precisas ejemplificaciones, la autora pretende confirmar su tesis central. A este respecto escribe: “Bajo el influjo del miedo, estamos dispuestos a interpretar los estímulos como peligrosos, tener pensamientos atemorizantes, recordar cosas que nos asustaron, mostrar mayor disponibilidad metabólica para enfrentarnos al peligro y provocar comportamientos tales como “quedarnos paralizados”, huir o pelear para intentar evitar la amenaza. Las emociones que experimenta el bebé por la angustia de separación organizan su estado bioconductual de modo que provoca en el cuidador respuestas consoladoras” (cfr. L c. 349).

El segundo gran eje teórico que trata de fijar la autora y desarrollar en su artículo es el de establecer el puente de unión entre la neurociencia de la emoción y el psicoanálisis, pues ambos se centran en mecanismos inconscientes. Para la neurociencia, la mayor parte del proceso emocional se procesa independientemente del conocimiento consciente del sujeto. Se trata, ciertamente, de un inconsciente biológico dirigido y actuado por la estructura y las limitaciones de los circuitos neuronales y de la neurofisiología. En este sentido, añade la autora, también podría aplicarse para la neurociencia la metáfora psicoanalítica de que los sentimientos conscientes no son sino la punta del iceberg de una realidad mucho más compleja. La información verdaderamente significativa se encuentra, con frecuencia, más allá del comportamiento manifiesto. Para la neurociencia, los hallazgos fisiológicos, conductuales y tecnológicos (el PET, la resonancia magnética, etc.) constituyen el contenido manifiesto de circuitos cerebrales inconscientes.

Tras una breve alusión histórica con referencias a CLARA PEDE (1911), quien proporcionó la primera demostración clínica de que la emoción podía tener lugar de forma inconsciente, o a las aportaciones de hace más de un siglo con la teoría de W. JAMES (1884) sobre la emoción, en la que propondría que los sentimientos no provocaban reacciones conductuales, sino que, en parte las conductas sí podrían causar los sentimientos, y reconociendo que la realidad es mucho más compleja, pasa la autora a ofrecer un esquema general del procesamiento emocional, considerado esquemáticamente como una constelación de: a) la valoración del estímulo en cuanto a su relevancia para el organismo; es decir, en cuanto a su significación integral para el organismo (8); b) los cambios cerebrales que resultan de esta valoración, ya que tras ella, esos centros envían mensajes al tronco cerebral y al hipotálamo que, a su vez, son los responsables de los cambios cerebrales y corporales de la emoción (9); c) la retroacción hacia el cerebro de esos cambios cerebrales y corporales que, al ser

reenviados al cerebro representan como parte de la experiencia, sucediendo esto a nivel inconsciente (10). Estas referencias y síntesis del proceso emocional se basa, entre otros, en los importantes trabajos de Le DOUX (1994, 1995, 1996), DAMASIO (1994,1995) y JOSEPH (1996).



Para ejemplificar el funcionamiento de los circuitos cerebrales de la emoción y afianzar su tesis de que el cuerpo juega un papel activo en la vida mental, REGINA PALLY elige como modelo las investigaciones realizadas sobre el miedo, basada en los estudios de LE DOUX (1994, 1995, 1996) y DAVIS (1992).

Considera el miedo como un logro evolutivo que facilita la detección y la respuesta ante el peligro, siendo esto común con los animales.

En relación con el trabajo terapéutico, resalta que una vez establecido el condicionamiento al miedo, éste es relativamente permanente; no se elimina por completo, sino que tan sólo se inhibe. Análogamente sucedería con los trastornos de ansiedad.

Desde el punto de vista neurológico, hay que destacar el importante papel que juega la amígdala, tanto en la recepción de los estímulos (inputs), como en la emisión de las respuestas (outputs) y cómo la información llega por dos vías diferentes, una más rápida, la subcortical, y otra más lenta, la cortical, respondiendo a estímulos más complejos.

La segunda gran estructura en el circuito cerebral, en relación con el miedo, sería el hipocampo, en el que juega un papel decisivo, ya que su participación en la memoria permite informar sobre la localización contextual; es decir, permite evitar el peligro antes de que ocurra, al relacionar situaciones diferentes. Asimismo, puede activar el miedo en situaciones que fueron, pero ya no son peligrosas. Finalmente, en situaciones de gran estrés, puede llegar a deteriorar el recuerdo consciente de situaciones traumáticas. Esto implica que, a la vez que se reprime el recuerdo consciente de una experiencia traumática, se puede reforzar el recuerdo emocional inconsciente de dicha experiencia a través del circuito de la amígdala cerebral. Fenómeno ampliamente explicado en la teoría psicoanalítica.

Estos estudios empíricos ponen de manifiesto la existencia de un doble circuito del procesamiento emocional: por un lado, un circuito que pasa por la corteza involucrando al hipocampo, y por otro, un circuito que pasa por la amígdala y que es capaz de producir reacciones emocionales de miedo sin conciencia ni recuerdo consciente.

La última parte del trabajo de la Dra. R. PALLY está dedicado a la aplicación de los mecanismos biológicos referentes a fenómenos concretos, especialmente relacionados con las alteraciones somáticas, el fenómeno del “apego” y la comunicación no verbal. Alteraciones todas ellas de extraordinaria importancia para el psicoanálisis.

En relación con los trastornos psicósomáticos, la autora ejemplariza su hipótesis mostrando cómo niveles crónicamente elevados de la activación autónoma (neurovegetativa) pueden

causar síntomas físicos crónicos de ansiedad; o cómo niveles elevados de cortisol de forma crónica, pueden deteriorar el sistema inmunológico o contribuir a la formación de úlceras.

El fenómeno del “apego” y los efectos de comunicación no verbal son ejemplos de cómo los individuos se regulan recíprocamente entre sí psicobiológicamente. Incluso esta hipótesis parece aplicable a las diadas adulto-adulto, y no sólo en la relación madre-bebé.

Tanto las respuestas de separación como las de unión estarían mediatizadas por diferentes neuroreceptores, los benzodiazepínicos en las primeras y los opiáceos/endorfinas en las segundas. Todas ellas con referencia especial con la amígdala

Respecto a la comunicación no verbal se enfatiza, una vez más la neuroregulación entre individuos manifestando la influencia inconsciente que tiene sobre la biología, la emoción y conversación verbal del otro.

Las comunicaciones no verbales pueden llevar información sobre los estados bioemocionales entre individuos, regulando de esta forma el funcionamiento biológico de ambas personas en una cadena que va desde la expresión facial (el músculo estriado), pasando por la modulación autónoma (sistema neurovegetativo) de las funciones corporales (músculo visceral), hasta los sentimientos subjetivos asociados con la emoción.

La comunicación no verbal estructuraría inconscientemente todas las formas de intercambio verbal –la referencia a la obra de DAMASIO parece obligada–, lo cual es de gran significación en cuanto a sus repercusiones en la terapia psicoanalítica. En el ámbito de la terapia psicoanalítica, el intercambio emocional no verbal puede ser tan importante como el verbal. Esto es lo que ha llevado a muchos analistas a decir que el hecho más importante de la terapia, no es el modo o la técnica empleada, sino el hecho de la relación entre analista y analizado. Analista y paciente, efectivamente, pueden influirse

recíprocamente mediante comunicaciones no verbales de emociones procesadas inconscientemente. Cómo se comunican, incluso cómo se comportan puede ser tan importante, y a veces más, que lo que se dicen. Los problemas de la transferencia y contratransferencia adquieren desde estas bases biológicas una perspectiva de mayor hondura, realismo e interés para los que desconfían de estos complejos fenómenos de la terapia analítica.

Un tercer estudio de gran interés, del que queremos hacer siquiera mención, es el relacionado con los “modelos integradores” de Hugo BLEICHMAR sobre “El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque modular-transformacional” (1999).

El propio autor ha destacado y sintetizado el interés que ofrecen los trastornos de pánico en esta cuestión central que nos ocupa. Transcribimos sus propias palabras como introducciones a esta compleja problemática.

“Los trastornos de pánico ofrecen un interés que excede la importancia clínica que de por sí presentan pues sirven para examinar los múltiples niveles de articulación existentes entre sectores del inconsciente, entre el inconsciente y la conciencia, y entre lo representacional y lo neurobiológico. Desde esta perspectiva, constituyen un terreno apto para poner a prueba al enfoque “modular-transformacional” en su intento de fundamentar la psicopatología y el tratamiento desde una perspectiva no reduccionista que dé cuenta de la complejidad del funcionamiento psíquico.

Freud fue el primero en hacer una descripción semiológica detallada del ataque de pánico con sus temores asociados de muerte inminente o de volverse loco, delimitando el síndrome y separándolo de la “angustia expectante” (Freud, 1895).

Diferenciación que un siglo después se mantiene tal cual, siendo reproducida en el DSM-IV al distinguirse entre el trastorno de pánico y el de ansiedad generalizada, dominada ésta por la expectativa ansiosa de supuestos peligros que el sujeto avizora para sí o los suyos.

En cuanto a la etiología del ataque de pánico, Freud consi-

deró que era de causa biológica, no por una reminiscencia del pasado o por un conflicto neurótico. Pensó –y es aquí donde no tenemos por qué seguirle– que lo que le subyacía era la excitación descargada en el cuerpo por un estancamiento de la libido debido a la insatisfacción de la pulsión sexual. No interesa –resulta insostenible a la luz de los conocimientos actuales– la teoría de la libido estancada como causa de la angustia, o que su origen sea exclusivamente biológico, pero sí es digna de consideración la necesidad de tener también en cuenta la particularidad biológica de los que padecen crisis de pánico. Las investigaciones de los últimos años aportan pruebas demasiado fuertes como para ser ignoradas acerca de los componentes neurofisiológicos que justificarían porqué algunas personas ante conflictos o situaciones traumáticas que en otros no se acompañarían de los trastornos neurovegetativos que forman parte del ataque de pánico, en ellas, las manifestaciones corporales pasan a un primer plano (Coplan & Lydiard, 1998; Davis, 1998; LeDoux, 1998; Wiedemann, Pauli, Dengler, Lutzenberger, Birmaumer & Buchkremer, 1999; Windmann, 1998). Lo que no es de extrañar si se tiene en cuenta que lo mismo sucede con la repercusión corporal diferente con que las personas reaccionan ante conflicto o situaciones de estrés: en algunos estas condiciones se mantienen como tensión puramente mental mientras que en otras sobrevienen crisis de asma, trastornos alérgicos o inmunológicos severos, somatizaciones digestivas, artritis, etc. Es decir, procesos en el cuerpo, que es lo que también sucede en los ataques de pánico.

Por otra parte, así como ante las enfermedades orgánicas la codificación sobre los riesgos que implican y la respuesta emocional consecuente no es igual para todos los sujetos, frente a las manifestaciones corporales de la angustia habrá quienes reaccionarían con máxima sensación de peligro y otros, en cambio le otorgarían una significación más benigna. Por tanto, al examinar los trastornos de pánico debemos tener en cuenta:

El nivel de los significados y significantes (indicios o señales) que despiertan la angustia. O sea el tipo de representa-

ciones que en cada sujeto es capaz de poner en marcha el circuito de la angustia.

El nivel neurobiológico (cerebral/hormonal) y corporal que forma parte de los mismos.

La reacción frente a la angustia, es decir, cómo el sujeto se representa cuando siente angustia, cuán peligrosa siente que la angustia es para el, las anticipaciones que hace al captar las manifestaciones de la misma.

La realimentación entre los circuitos anteriores.

¿Dónde se trabaja habitualmente en psicoanálisis cuando se encara el tratamiento de los trastornos de pánico? En el nivel de disminuir los conflictos intrapsíquicos e interpersonales que lo despiertan. Es decir, básicamente en el nivel de significados y significantes que actúan como fuentes de angustia. Nivel terapéutico efectivo pues si se elaboran, dependiendo del caso, la angustia de separación, la agresividad y sus consecuencias, la sexualidad, la culpa la persecución, el narcisismo, la opresión que impone el otro significativo al desarrollo del self y la pérdida del sentimiento de ser agente activo de las propias acciones, etc., se van disminuyendo las condiciones capaces de poner en funcionamiento los circuitos de la angustia. La experiencia clínica, respaldada por recientes trabajos de evaluación sobre la efectividad del tratamiento psicoanalítico, muestra que en un análisis razonablemente conducido los trastornos de pánico disminuyen de frecuencia, se amortiguan en sus manifestaciones, o llegan a desaparecer por completo en un buen número de casos (Busch, 1995; Busch, Cooper, Klerman et al. 1991; Busch, Shear Cooper et al., 1995; Compton, 1992a; Compton, 1992b; Compton, 1992c; Compton, 1998; Niurod, 1995; Milrod, Busch, Cooper & Shapiro, 1997; Milrod Busch Hollander Aronson & Siever, 1996; Milrod & Shear, 1991a; Milrod & Shear, 1991b).

Pero, ¿resulta suficiente ofrecer como explicación del ataque de pánico que la persona que lo presenta muestre la existencia de conflictos o situaciones vitales estresantes? Volvemos a la pregunta ¿por qué alguna gente tiene problemas tanto o más severos que los que padecen ataques

de pánico y, sin embargo, la angustia no toma esa modalidad? El error tan frecuente de encontrar que dos condiciones se hallan presentes -conflicto y/o trauma, por un lado, y trastorno de pánico, por el otro- y creer que su copresencia explica todo hace olvidar los tan antiguos principios de condiciones necesarias y suficientes. El conflicto y las situaciones actuando desde el inconsciente no son condición suficiente para originar los ataques de pánico: se les debe agregar la especificidad de la reacción neurovegetativa y, sobre todo, la codificación que se haga de cuales son los peligros que la angustia conllevaría” (l.c. pp.1-3)

Esta compleja realidad psicológica va siendo estudiada pormenorizadamente por el autor, profundo conocedor del psicoanálisis y de la neuropsicología, con rigor científico y metodológico a través de las siguientes secuencias: articulación de diferentes componentes en los trastornos de pánico (angustia señal y reacción ante la angustia); la organización medular de las representaciones del self; la diferencia entre el desplazamiento y la “difusión/transformación” (génesis del sentimiento de control/descontrol de la angustia); la articulación entre el inconsciente, la conciencia y el nivel biológico; la bidireccionalidad entre el inconsciente y la conciencia; los focos de intervención terapéutica: el sentimiento del self en control; y las paradojas del setting clásico en el caso de los trastornos de pánico.

La referencia limitada que hacemos a estos estudios constituye una muestra, simplemente indicativa y ejemplarizante, de las esperanzadas perspectivas que se presentan entre los cultivadores de las ciencias neurológicas y el psicoanálisis. Realidad con la que soñó ya Freud y a la que hace alusión como una meta a conseguir.

Notas

1. Un momento decisivo en este debate fue la polémica suscitada con motivo de la celebración y publicación de las actas del simposium dirigido por H. HOOK sobre el lugar que corresponde al psicoanálisis entre las ciencias (1959), que provocó una gran corriente de opinión de que el psicoanálisis no podía ser considerado como una disciplina científica, sino como una ciencia hermenéutica. WALLERSTEIN (1986) subrayaría que la exigencia de lo evidente y su comprobación distorsionaría la esencia del psicoanálisis. Frente a los partidarios del psicoanálisis como ciencia hermenéutica, otros muchos han venido defendiendo su carácter de científicidad con mayor o menor convencimiento, matizaciones y salvedades.

2. La obra de S. Freud está llena de referencias a esta problemática con afirmaciones muy explícitas. Freud fue traduciendo sus nuevos descubrimientos en los modelos físicos según el ideal vigente de la época para todas las disciplinas científicas. El modelo de ciencia era unívoco. La obra del fundador del psicoanálisis se inscribe en el movimiento positivista, materialista y, en parte, mecanicista del siglo XIX. Su primer proyecto coincide con el de reducir la psicología a la neurología y “estructurar una psicología que fuera una ciencia natural”, como lo expresa en el “Proyecto de una psicología para neurólogos” (O.C., 1, 211). Dos de las tres formulaciones definitorias del psicoanálisis –“método para la investigación de procesos anímicos” y “una serie de conocimientos psicológicos”– (Psicoanálisis y Teoría de la libido”, O.C., III, 2661) - incluye a éste dentro de la más pura disciplina científica. Y este permanente propósito de privilegiar el psicoanálisis como ciencia y del psicoanálisis como terapéutica fue la razón fundamental, según E. Jones (“Vida y obra de S. Freud, III, 308) que le impulsó a publicar su polémico escrito “Análisis profano” de 1926 a tomar su decidida posición en favor de la admisión como psicoanalistas a los no médicos. Para Freud, en último término, la verdadera contribución del psicoanálisis a la ciencia, además del descubrimiento de ser un “nuevo método de investigación” de los procesos anímicos, consistió precisamente “en la extensión de la investigación al terreno psíquico”, de forma que “sin una tal psicología, la ciencia sería ciertamente muy incompleta” (“Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis”, O.C., III 3191)

Sin embargo, su propia historia le convertiría en un “rebelde” frente a esta tradición. A partir del encuentro con los pacientes histéricos comienza Freud una amarga lucha entre la fidelidad y la rebeldía a los principios positivistas que había proclamado como su credo científico. Esta fidelidad total ya nunca fue posible. Muy a pesar suyo se vio forzado a proseguir un camino en el que volvería las espaldas a todo el resto de la psicología positivista de la época.

3. Uno de los objetivos y desapasionados trabajos histórico-críticos sobre esta cuestión es el de Alejandro ÁVILA ESPADA: “Contribuciones a la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica” en: ÁVILA ESPADA, A. y POCIL, J. (Comp.): Manual de Técnicas de Psicoterapia Psicoanalítica, Madrid, ed. siglo XXI, 1994, 625-665, en el que hace posible, a la luz de la teoría de la ciencia,

una reaproximación entre la ciencia y el psicoanálisis, siguiendo a EDELSON (1984); cuestión bien diferente a aproximar positivismo y psicoanálisis. En posteriores trabajos el autor ha apoyado esta misma tesis (POCH.J. y ÁVILA ESPADA, A.: "Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica - Paidós, Barcelona, 1998)

4. PALLY, R., Emotional Processing: The mind-body connections en *International Journal of Psychoanalysis* (1998), 79 (2), 347-362; Eric R. KANDEL, *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revised* (1999), *American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 504-524; Hugo BLEICHMAR, "El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque "Modular Transformacional"" (1999), *Aperturas PsicoRevista de Psicoanálisis*, n. 3.; A.R. DAMASIO, (1999) *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt, Brace & Company.

5. En los medios científicos de la psicología, sigue apareciendo S. Freud como la persona más influyente en la actualidad en el seno de aquellas disciplinas relacionadas con el funcionamiento de la mente y la psicopatología según el resultado de numerosas encuestas, entre las que destacan las llevadas a cabo por la Sociedad Americana de Psicología.

6. El psicoanálisis, efectivamente, tanto tiempo de espaldas al respeto de la psicología, ha podido conducirlo peligrosamente a menospreciar la metodología científica. Es necesario preguntarse por la significación oculta y encubierta de un determinado comportamiento, pero su insistencia y unilateralidad en la "significación profunda", puede llevar a una distorsión del dato que se pretende interpretar. Pero en nuestro caso no se trataría de eclecticismos metodológicos que acabarían por confundirlo todo, sino de perspectivas integradoras que se enriquecieran mutuamente. Se trataría de un diálogo fecundo sobre 10 que se observa desde una y otra técnica metodológica, en lugar de detenerse en polémicas estériles o insultos descalificadores.

Si es cierto que las relaciones entre la psicoterapia, en particular, la psicoanalítica, y la investigación han sido siempre problemáticas, a partir de los años cincuenta, la psicoterapia pasará por diversos ciclos. Las primeras revisiones sistemáticas sobre la investigación en psicoterapia fueron las de Rubenstein y Parloff (1962), Strupp y Luborsky (1962), en los dos volúmenes titulados *Research in Psychotherapy* publicados por la American Psychological Association, con un desarrollo posterior de los distintos métodos y diferentes técnicas. Específicamente los programas longitudinales de investigación del proceso y efectos del tratamiento psicoanalítico que dan origen a los sistemas de registro y banco de datos han sido puestos en marcha desde mediados de siglo. Una breve síntesis de estas líneas de investigación, así como sobre la investigación y evaluación de la efectividad de la psicoterapia, han sido recogidas por Alejandro ÁVILA ESPADA en el citado *Manual de Técnicas Psicoanalíticas*, pp. 640-664.

8. Esta función de evaluación se realiza desde diversos centros cerebrales, unos dependientes de los sistemas subcorticales, especialmente de la

amígdala, y otros dependientes de la corteza cerebral. La amígdala sería la encargada de elaborar tipos de valoración “programados de forma innata” más simples; mientras que la corteza orbitofrontal reaccionaría a la acción más compleja, elaborando valoraciones que se constituyen a partir de la experiencia personal a lo largo de la vida. Ambas estructuras estarían estrechamente unidas tanto en las áreas corticales sensorial y motora, como en la zona límbica subcortical, el mesencéfalo y el tronco cerebral.

9. La producción endocrina estaría elaborada fundamentalmente por el hipotálamo a través del “eje hipotalámico-hipofiso-adreno-cortical”. Las respuestas del sistema nervioso Neurovegetativo (autónomo) estarían reguladas tanto por el hipotálamo como por el tronco cerebral que es el responsable de la acción sobre las vísceras internas mediante los sistemas nervioso simpático y parasimpático operando conjuntamente; y las conductas motoras estarían reguladas gracias al control de la musculatura esquelética mediante los pares craneales y la médula espinal que provocarían las “conductas emocionales”. En este trabajo se nos ofrece una buena ejemplificación de los diferentes niveles en los que se desarrolla el proceso emocional, ya que si en general existe un buen control cortical sobre el movimiento de la musculatura esquelética, éste es menor sobre las cuerdas vocales y resulta mínimo sobre la inervación autónoma de las vísceras.

10. Cuando estos cambios son procesados por las regiones cerebrales implicadas en el conocimiento consciente, contribuyen a lo que experimentamos de manera subjetiva como nuestras emociones conscientes.

CRÍTICA DE LIBROS

Brett Kahr (1999). *Donald Woods Winnicott. Retrato y biografía*. Madrid: APM-Biblioteca Nueva. (Trad. De Vivienne A. Sarobe Sopranis)

Ricardo Jarast*

Aunque Winnicott nunca llegó a tener una comprensión talmúdica de Freud, se analizó con dos de sus pacientes, Strachey y Riviere, traductores de su obra al inglés. En una carta dirigida a su amigo Clifford Scott durante su primer mandato como presidente de la Asociación Psicoanalítica Británica, decía Winnicott: “Me siento raro cuando estoy en la silla presidencial porque no conozco a Freud como debería hacerlo un presidente. Sin embargo encuentro que tengo a Freud en mis huesos.”

Brett Kahr, en el elegante retrato biográfico editado por APM-Biblioteca Nueva afirma que con excepción de Freud “ninguna figura en la historia del psicoanálisis ha contribuido tanto a nuestra comprensión de los orígenes y del tratamiento del dolor mental como lo ha hecho Donald Winnicott”.

Kahr nos presenta a un Winnicott de carne y hueso con debilidades y genialidades. Ofrece el testimonio de ochenta y siete personas que le conocieron. No intenta hacer un repaso de su trabajo, ni tampoco un informe sobre sus ideas y las influencias que éstas han tenido. Más bien esboza los detalles de su vida privada. Kahr sostiene que “las ideas teóricas no

* Miembro Titular A.P.M.

pueden ser separadas con facilidad de las propias historias personales”.

Confía en que, por medio de una mayor comprensión del entorno de los conceptos de Winnicott, se obtendrá una mayor comprensión de su obra. Prepara con este libro el terreno para un proyecto más extenso, una guía propia de la obra de Winnicott.

El libro tiene ocho capítulos: Infancia; El Internado; Medicina y Pediatría; Formación Psicoanalítica; Melanie Klein y Joan Rivière; Madurez Profesional; Vida Privada; Enfermedad y Muerte.

La preponderancia de mujeres en la infancia de Winnicott estimuló su fascinación por el mundo interno de la mujer. Dedicó más de cuarenta años de su vida a la exploración de la maternidad y a la investigación de la relación del niño con la madre.

En el internado disfrutó de la lectura de la obra de Darwin: “No podía dejar de leerlo, y esto me metió en serios problemas porque parecía mucho más importante que los deberes. Y creo que lo era.” Winnicott como Darwin toleraría el no saber. Darwin había escrito extensamente sobre la evolución de la especie humana, a pesar de que había grandes lagunas en los restos fósiles. Winnicott también soportó la incertidumbre de no saber aspectos de la historia de sus pacientes para reconstruir los orígenes de su sintomatología con gran agudeza clínica.

Su trabajo titánico como pediatra y psicoanalista, en parte estuvo motivado por su deuda generacional. Clare, su segunda mujer, dijo: “Muchos amigos cercanos murieron al comienzo de la guerra y toda su vida se vio afectado por ello, ya que siempre sintió la responsabilidad de vivir por los que habían muerto, además de por sí mismo”.

Winnicott se analizó diez años con Strachey a partir de 1924. La mayoría de los análisis de formación duraban en esa época uno o dos años, por lo que podemos pensar que la naturaleza de su enfermedad requería un viaje de descubrimiento

prolongado bajo los cuidados de su analista. Strachey escribió muy pocos artículos profesionales pues dedicó la mayor parte de su tiempo a traducir a Freud. Sin embargo su artículo sobre “La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”, de 1934, es un clásico. Allí introduce el concepto de “interpretación mutativa”, es decir interpretaciones que iluminan el mundo interno del paciente promoviendo el cambio psíquico y que son básicamente transferenciales. En esa línea el analista aparece como “superyo auxiliar”. Winnicott extendería esta idea e inauguraría un gran debate sobre las formas en que el psicoanalista podía convertirse en una figura parental auxiliar.

Su siguiente análisis con Joan Rivière fue más tormentoso. Rivière escribió ensayos sobresalientes sobre diferentes temas psicoanalíticos incluyendo una contribución sobre los casos especialmente difíciles de abordar. “Una contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa” (1936), posiblemente haya influido en la búsqueda personal de Winnicott para trabajar con pacientes muy difíciles. En la medida en que Winnicott se fue diferenciando de Klein, Rivière se fue comportando de una forma más hostil. Winnicott reconocía el mundo interno dibujado por los kleinianos pero eligió estudiar cómo el mundo externo facilitaba o inhibía el crecimiento de la mente infantil. Los primeros kleinianos se sintieron muy amenazados por quienes retiraban la atención del mundo interno. Cuando Winnicott informó a Rivière sobre su plan de escribir un libro “...ella me dijo «Escribe un libro sobre el medio ambiente y te convertiré en rana!» Por supuesto no utilizó estas palabras pero eso es lo que me parecía que quería decir”. Desde principios de los años cincuenta, tras la muerte de su anciano padre y la separación de su primera mujer, Winnicott presentó problemas cardíacos. Sufrió un infarto muy doloroso que casi lo mató después de haber leído un artículo memorable en 1968 en la Asociación Psicoanalítica de Nueva York. Se trataba de “El uso de un objeto” y recibió una respuesta gélida. Winnicott no respondió. Más tarde dijo que ya comprendía por qué los norteamericanos se habían visto envueltos en la guerra de Vietnam.

Robert Langs, psicoanalista americano, le dijo a Brett Kahr que entendía bien por qué el artículo había provocado tanta hostilidad. En su formación en los Estados Unidos, Langs había aprendido que los pacientes proyectan su material neurótico sobre la figura del analista. El analista interpreta ese material. Winnicott introducía un modelo de tratamiento más interactivo, en el que el paciente usaba al analista e incluso intentaba destruirlo para mantener cierto sentido de equilibrio psíquico. Los analistas americanos de esa generación no estaban de acuerdo en ser usados por sus pacientes de la manera generosa en que Winnicott había permitido que lo utilizaran.

Durante el segundo mandato de Winnicott como presidente de la Asociación Psicoanalítica Británica, afirmó su fidelidad a Freud ofreciéndose a buscar fondos para que el escultor Oscar Nemon pudiese llevar a cabo la estatua de Freud en bronce. En 1906 Paul Federn, discípulo vienés de Freud, intentó que posara. Freud se negó durante veinticinco años hasta que se sentó ante Nemon. La escultura de yeso languideció en posesión de Nemon durante muchos años hasta que en 1970, fundida en bronce, fue descubierta en Londres por los nietos de Freud en una ceremonia especial.

Cuando Winnicott falleció en enero de 1971, William Gillispie, que fue presidente tanto de la Asociación Psicoanalítica Británica como de la Asociación Psicoanalítica Internacional, concluyó su tributo diciendo:

“Aunque Donald Winnicott era, sin duda, un experto prominente en niños, también fue un analista de adultos extraordinario y se le podría describir justamente como analista de analistas”.

En vida ya se habían publicado nueve volúmenes de su trabajo. Tras su muerte varios de sus leales editores, encabezados al principio por su viuda Clare, aseguraron la publicación de doce libros más. La biografía de Kahr nos sirve de brújula en este mar de creatividad.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en los Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas.

1. Los trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y salvo condiciones especiales deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A 4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar además el fichero que contenga el original con texto, gráficas y tablas en formato word o rft, bien vía e-mail o en disquette.
7. Al original han de acompañarle: Una carátula en la que conste: A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association) entre las que recordamos:
 - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b)
 - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos; y editorial. Para señalar los libros traducidos, se añade al final la referencia “Orig.” y el año entre paréntesis.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- Capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed., o comp. Añadiendo una "s" en caso de plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

Ej.: Boulanger, J.J. (1981). *Aspecto metapsicológico*. En J. Bergeret (dir.) *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- Revistas: Autor; año –entre paréntesis–; título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º –entre paréntesis– sin estar separados del vol. Cuando la paginación sea por número, y página inicial y final.

Ej.: Henny, R. (1995). *Metapsicología de la violencia*. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

11. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.
12. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6.º D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.

