

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ALBERTO LASA ZULUETA	Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: Sobre la personalidad límite.....	5
XABIER TAPIA LIZEAGA	Psicopatología precoz y ámbito escolar.....	119
ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL	Intervenciones psicoterapéuticas en unidades de salud mental infanto juvenil y coordinación con otros dispositivos	139
M.ª REMEI TARRAGÓ RIVEROLA	Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología.....	169
AGUSTÍN BÉJAR TRANCÓN	Adopción internacional en familia monoparental. Dos historias para un proceso	183
ÁNGEL ESTALAYO HERNÁNDEZ, JUAN CARLOS ROMERO LEÓN	Evolución de la tipología de menores internados en centros de reforma de la Comunidad Autónoma Vasca.....	193
JAVIER RAMOS GARCÍA	¿Agresor o agredido? El trabajo con el paciente sin demanda	205
JUAN EDUARDO GROCH FALCOFF y colaboradores	Obstáculos en los objetivos psicoterapéuticos en salud mental infanto-juvenil.....	213
MERCEDES SASTRE DE BLAS	Los psicólogos y pedagogos de la educación, frente al alumnado con graves trastornos de la personalidad	223

N.º 35/36 2003

1.º y 2.º semestres

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:

Leticia Escario (España)
Juan Manzano Garrido (Suiza)
Paloma Morera Arias (España)
Ana Jiménez Pascual (España)
Lucía Álvarez Buylla (España)
Alicia Sánchez Suárez (España)
Xabier Tapia Lizeaga (España)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Amparo Escribá Catalá
Marian Fernández Galindo
Fernando González Serrano
Ana Gumucio Irala
Mari Carmen Navarro Rodero

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:

Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

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

ALBERTO LASA ZULUETA	Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: Sobre la personalidad límite.....	5
XABIER TAPIA LIZEAGA	Psicopatología precoz y ámbito escolar.....	119
ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL	Intervenciones psicoterapéuticas en unidades de salud mental infanto juvenil y coordinación con otros dispositivos	139
M.ª REMEI TARRAGÓ RIVEROLA	Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología.....	169
AGUSTÍN BÉJAR TRANCÓN	Adopción internacional en familia monoparental. Dos historias para un proceso	183
ÁNGEL ESTALAYO HERNÁNDEZ, JUAN CARLOS ROMERO LEÓN	Evolución de la tipología de menores internados en centros de reforma de la Comunidad Autónoma Vasca.....	193
JAVIER RAMOS GARCÍA	¿Agresor o agredido? El trabajo con el paciente sin demanda	205
JUAN EDUARDO GROCH FALCOFF y colaboradores	Obstáculos en los objetivos psicoterapéuticos en salud mental infanto-juvenil.....	213
MERCEDES SASTRE DE BLAS	Los psicólogos y pedagogos de la educación, frente al alumnado con graves trastornos de la personalidad	223

N.º 35/36 2003

1.º y 2.º semestres

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.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

- 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 Álvarez Buylla (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD II: SOBRE LA PERSONALIDAD LÍMITE*

Alberto Lasa Zulueta**

INTRODUCCIÓN

La primera parte de este trabajo¹ insistía en que la hiperactividad, desde una perspectiva clínica, se inserta sobre diversos tipos de funcionamiento mental que incluyen otros trastornos o dificultades psico(pato)lógicas, que indispensablemente debemos tener en cuenta a la hora del diagnóstico y de las opciones terapéuticas.

En nuestra experiencia, una de las situaciones clínicas que frecuentemente se acompaña de hiperactividad y déficit de atención, entre otros síntomas, es el denominado trastorno límite de la personalidad.

* Este segundo artículo es la continuación del publicado en el año 2001, (número 31, 32) siendo el resultado de la revisión y actualización de la 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.

** Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Comarca Uribe Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Correspondencia: c/. Alangobarri, 7 bis - 48990 Getxo. Vizcaya.

1 Lasa A., Hiperactividad y trastornos de la personalidad: I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31/32, (2001).

Este concepto, tras un largo período de desarrollo teórico-clínico que trataré de recorrer, se ha ido abriendo camino en la práctica psiquiátrica, aunque todavía está lejos de ser reconocido y aplicado de forma homogénea y generalizada, y de ahí el interés de delimitarlo y definirlo. Trataré también de analizar las razones por las que los trastornos de la personalidad del niño están teniendo dificultades para consolidarse en tanto que diagnóstico “sólido”.

Convencido de que la práctica clínica confirma la consistencia y la persistencia de este tipo de funcionamiento mental y de sus características psicopatológicas estructurales, trataré de abordar además su articulación con la hiperactividad y las implicaciones terapéuticas que esta forma de comprensión conlleva.

EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA PSIQUIATRÍA DEL ADULTO

Ante todo conviene aclarar la existencia de múltiples términos equivalentes, desde la utilización directa del término inglés, “personalidad border-line”, hasta otras traducciones diversas tales como personalidad “límitrofe” o “fronteriza”. Otra variante es la expresión “trastorno límite de la personalidad” o similares, que ya explicitan con la mención “trastorno” que se está aludiendo a una personalidad que implica una psicopatología o al menos una “desviación” respecto a personalidades “normales” o “mejor adaptadas”. Probablemente ya en la denominación aparece la dificultad de delimitar si se trata de un problema “categorial”, un tipo de personalidad específico y distinto de los demás, o “dimensional”, mayor intensidad o prevalencia de ciertos mecanismos psíquicos o rasgos de carácter presentes también en otros tipos de personalidad normal o patológica.

De todos modos los términos “límite” o “frontera” señalan varias diferenciaciones, o superposiciones, posibles: entre normal y patológico, entre neurosis y psicosis, o entre pasajero

(evolutivo) y persistente (incluso irreversible). Cuestiones cuyo interés es además de teórico también de orden clínico, pues recaerá sobre todo en la elección de las opciones terapéuticas y en el pronóstico emitido.

En cualquier caso, conviene precisar que el término que se ha consolidado no se refiere a formas intermedias, “más o menos indefinidas”, sino a una verdadera entidad psicopatológica, aunque también es cierto que su descripción suele ser heterogénea por mezclar la semiología médica propia de la nosografía psiquiátrica (síntomas integrados en un síndrome) con criterios psicoanalíticos (funcionamiento mental y mecanismos psíquicos subyacentes). Como es sabido, los sistemas actuales de clasificación diagnóstica (DSM-IV, CIE 10) están tratando en sus sucesivas versiones de delimitar un lenguaje común, aunque por ahora los resultados son insatisfactorios en lo referente a los trastornos de la personalidad del adulto y casi inexistentes en lo que respecta a niños que, por el contrario, sí han merecido más atención en la denominada Clasificación Francesa (de los trastornos mentales de niños y adolescentes).

Desde una perspectiva histórica, en la literatura psiquiátrica referida al adulto, y a partir de la primera aparición del término “borderline” en la literatura médica, (Hughes, en 1884 y en Estados Unidos, para designar los casos de síntomas somáticos asociados a afecciones psiquiátricas), luego olvidado hasta la segunda guerra mundial, una larga lista de términos ha sido utilizada para describir, con unas similitudes clínicas constantes, una realidad clínica que parecía escapar a su inclusión en las categorías diagnósticas clásicas. (CHAINED y GUELFY, 1999).

Para BERGERET es Eisenstein, en 1949, quien utiliza por primera vez el término “border-lines” en su sentido actual, para designar la evidencia clínica de cuadros que no encajaban ni en el “linaje psicótico” ni en el “linaje neurótico”. (BERGERET, 2000). Contabiliza también hasta cuarenta términos diagnósticos utilizados por la psiquiatría (del adulto) para repertoriar

estos cuadros, que tipifica según que aludan a las diferentes nociones de:

- “*Personalidad*” patológica o “caracterial” (evitando con ello la noción de “estructura” psicopatológica).
- Posición “*paraesquizofrénica*” (cercana a la esquizofrenia).
- “*Prepsicosis*” (tanto referida a estructuras psicóticas compensadas, como a organizaciones no psicóticas que pueden eventualmente evolucionar hacia una verdadera psicosis).

Como describí en la primera parte ya citada, haciendo una revisión histórica del concepto de hiperactividad, desde el siglo XIX y a lo largo del XX se observan dos líneas claramente diferenciadas. Una la constituida por la psiquiatría franco-alemana, que tiende a describir entidades nosográficas “estructurales” basadas en la comprensión de mecanismos psicopatológicos, y la otra, la de la psiquiatría anglosajona, que prefiere el pragmatismo de la observación directa de síntomas y su descripción semiológica. En ambas se desarrolla una preocupación “moderna” por conceptualizar un problema clínico de extensión progresiva, la existencia de trastornos de carácter y conducta y de “personalidades patológicas” que no pueden ser incluidas en las categorías bien conocidas de neurosis y psicosis.

En la psiquiatría francesa y alemana son numerosos los autores que necesitaron acuñar términos nuevos para designar cuadros clínicos atípicos que no encajaban en la categoría de demencia precoz/esquizofrenia, descritas por Kraepelin y Bleuler, que se mostraron reacios a la individualización de lo que para ellos eran formas clínicas “atenuadas” o intermitentes” de la entidad que habían descrito. Pero no pensaba así MAGNAN (1893), que describió los “delirios curables” cuya evolución denotaba para él que se trataba de una enfermedad diferente. Asimismo KAHLEBAUM (entre 1885 y 1890), diferencia las “heboidofrenias” de las demencias precoces, caracterizándolas por su propensión a la delincuencia y la prevalencia de

trastornos caracteriales que no se acompañan de deterioro progresivo. KRETSCHMER (1921), describe un carácter patológico, la “esquizoidia”, ligado al biotipo leptosomático predisponente a la esquizofrenia, en el cual la inhibición asociada a la impulsividad conduce a la inadaptación social, sin que se presente proceso disociativo alguno. También MINKOWSKI (1924), en Francia, desarrolla este concepto y CLAUDE (1924) el de las “esquizosis”, que sitúa entre psicosis y neurosis, y entre las que individualiza la “esquizomanía”, caracterizada por la desadaptación a la realidad, la impulsividad, las bizarrerías de comportamiento y el autismo (posteriormente y aún en la actualidad el término de “esquizomanía” describe un cuadro clínico con sintomatología mixta, –en parte esquizofrénica y en parte maníaca–, incluíble para ciertos autores dentro del espectro esquizofrénico e incluso aceptada como forma clínica “mixta”, “afectiva” o “esquizomaniaca” de la esquizofrenia).

CLAUDE (1939) y luego EY (1955), desarrollan el concepto de “esquizoneurosis”, estados caracterizados por la coexistencia de comportamientos neuróticos con descompensaciones psicóticas en forma de “bouffées” delirantes o de episodios discordantes (disociativos), que para Ey suponen “el final de un proceso que entraña la dislocación brusca de un sistema neurótico hasta entonces bien organizado”.

La existencia de formas clínicas de transición, entre psicosis y neurosis, también es reconocida por otros autores, que sin embargo, prefieren mantenerlas vinculadas a una naturaleza de tipo esquizofrénico: “esquizofrenia ambulatoria” de ZILLBOORG (1941), “esquizofrenia pseudoneurótica” de HOCH y POLATIN (1949), “estados mixtos y transicionales esquizofrénicos” de PALEM (1958).

Todos los autores citados describen, en síntesis, dos tipos de estados mixtos “esquizoneuróticos”: los que conllevan la transición desde la disociación “esquizofrénica” a una adaptación a la realidad “neurótica” y los que se caracterizan por una “inestabilidad estable”, es decir permanente, que no conlleva un grado de disociación comparable a los anteriores.

La ausencia de disociación es aún más clara en otros cuadros clínicos: “psicópatas” y “mitómanos” de DUPRÉ, “personalidades psicopáticas” de SCHNEIDER, “paranoia sensitiva” de KRETSCHMER, descripciones más semejantes aún a las personalidades límite actualmente descritas.

Desde una perspectiva psicoanalítica, es a partir de los años 40 y en los Estados Unidos cuando el concepto de patología borderline resurge para distinguir neurosis y psicosis. En particular por la constatación de la aparición en los tratamientos de pacientes neuróticos, de formas de transferencia que, por distorsionar la percepción de la realidad y dificultar extremadamente la relación terapéutica, se asemejaban al funcionamiento psicótico. La necesidad de detectar los elementos clínicos que permitían predecir el riesgo de una “psicosis transferencial” y su manejo técnico, se convirtió en una prioridad teórica y clínica.

STERN, en 1936, consagra el término “borderline” describiendo las características de estos pacientes: sentimiento difuso de inseguridad, hiperestesia afectiva, desfallecimiento de la estima de sí mismos, todo ello atribuido a una carencia narcisista fundamental.

Helene DEUTSCH (1935,1942), describió bajo la denominación de personalidades “como si” (“as if”) sujetos que, bajo apariencia de normalidad, presentan una falta de autenticidad en sus relaciones, derivada de serias distorsiones en la interiorización² de relaciones de objeto precoces. También WINNICOTT desarrollaría posteriormente la descripción de las personalidades “falso self” caracterizadas por una hiperadaptación a las exigencias externas, una falta de sintonía con sus sentimientos íntimos y un “desconocimiento” de los aspectos más auténticos de su propia personalidad.

2 Siguiendo la traducción que hacen Laplanche-Pontalis, denomino así al concepto que corresponde al original en inglés “internalization” (a veces castellanizado como tal: “internalización”). A señalar que estos autores lo hacen también sinónimo de “introyección”.

EISENSTEIN (1949, 1951) Y BICHOWSKY (1953), insistieron en el riesgo de descompensaciones psicóticas transitorias, sobre todo cuando el tratamiento psicoanalítico se realiza sin preparación previa.

Posteriormente ciertos autores se preocuparon por distinguir las personalidades límite de las psicosis, puesto que se describían bajo este concepto tanto pacientes con una sintomatología psicótica que remitía rápidamente, como otros que de forma estable se mantenían en un funcionamiento intermedio entre psicosis y neurosis. WOLBERG (1952) y FROSCHE (1964) precisaron que presentaban, de forma estable, en sus relaciones interpersonales mecanismos repetitivos de índole sadomasoquista, semejantes a una relación padre-niño ambivalente, así como un predominio de defensas más arcaicas que las utilizadas por pacientes neuróticos y, contrariamente a los psicóticos, un criterio de realidad preservado. PARKIN (1966), insistió en que no son sus síntomas lo característico, sino el estado permanente de transición en el que los mecanismos neuróticos sirven de defensa contra la desorganización psicótica.

Otros autores trataron de definir las características del Yo del borderline para postular que sólo una definición metapsicológica permite confirmar el diagnóstico. KNIGHT (1953) insistió en la alteración de las funciones normales del Yo: debilitación severa de los procesos secundarios de pensamiento, de la integración, de la capacidad de elaborar proyectos realistas, de la adaptación al entorno, del mantenimiento de relaciones objetales, y de las defensas contra impulsos primitivos inconscientes. SCHMIDEBERG (1959) describe los estados límite como una organización “estable en su inestabilidad”, “límite de las neurosis, de las psicosis psicógenas y de la psicopatía”, insistiendo en “el defecto de modulación emocional y de tolerancia de la angustia y afectos depresivos, sus comportamientos excesivos y tendencias a la acción destinados a luchar contra el vacío interior, su intolerancia a la frustración y sus trastornos en la capacidad de realizar juicios

razonables". MODEL (1963) propone la descripción del comportamiento del "puerco espín" para ilustrar el estilo de relación anaclítica en la que coexisten la necesidad de protegerse ante la angustia, que acompaña a cualquier acercamiento, y la fragilidad identificatoria. GRINKER, WERBLE y DRYE (1968) tras un análisis multifactorial identifican cuatro componentes fundamentales: agresividad, modo de relación anaclítica, trastorno de la identidad y un tipo particular de depresión.

Múltiples autores, sin atribuirle un carácter de factor exclusivo, insisten en el papel etiopatogénico que juegan las carencias afectivas maternas. MASTERSON (1971) centra su concepción del trastorno en la depresión de abandono y el repliegue maternal ante las necesidades libidinales del niño en el estadio precoz de "separación-individuación" (descrito por Margaret MAHLER). ERIKSON (1956), GREENSON (1954, 1958), y JACOBSON (1964), continuando a autores como H. DEUTSCH Y FAIRBAIRN, contribuyen a la comprensión de la configuración patológica y caótica de las relaciones interiorizadas de objeto y de la utilización de mecanismos de defensa específicos, y en particular de la escisión.

KOHUT (1971, 1977, 1980), partiendo de su particular interés y experiencia con la patología narcisista, describe la fundamental incapacidad de las personalidades límites para regular su autoestima y su necesidad de confirmar una imagen grandiosa de sí mismos, insistiendo también en el papel patógeno que en la psicogénesis de ambos tipos de personalidad juegan las decepciones narcisistas y las distorsiones en la estructuración de la personalidad derivadas de la ausencia de empatía y de la inadecuación a las necesidades del niño por parte de los padres.

O. KERNBERG (1975, 1977, 1978), que no comparte esta visión etiopatogénica de Kohut, insistirá en que las distorsiones relacionales precoces están condicionadas por las características estructurales del Yo, e insiste en que las considera patológicas ya en la infancia, tanto en el niño borderline como

en el narcisista. Sus contribuciones psicoanalíticas han supuesto una aportación definitiva y universalmente aceptada para la comprensión de los aspectos estructurales de la personalidad borderline y para una teoría general y multidimensional de la organización de la personalidad. Como se detalla más adelante, propone una triple perspectiva (descriptiva, estructural y psicoanalítica), prestando particular atención a las características de las relaciones objetales, externas e internas, que establecen.

En Francia, desde los años 70, J. BERGERET viene desarrollando una teoría general, y original, de la “organización límite de la personalidad”, que entiende como una “tercera línea psicopatológica” (entre neurosis y psicosis), en la que a partir del “tronco común del estado límite” describe una serie de formas clínicas evolutivas, más o menos cercanas a las neurosis y las psicosis, junto con “reorganizaciones de tipo caracterial o perverso”. Apoyándose en aportaciones teóricas previas, Bergeret resalta el parentesco entre el funcionamiento border-line y la “*relación de objeto pregenital*” descrita en los años sesenta por M. BOUVET y caracterizada por: predominio de pulsiones orales y anales; estrecha dependencia del yo hacia sus objetos; violencia y desmesura de afectos y emociones; amor posesivo y destructor; interferencia continua en el criterio de realidad de deformaciones proyectivas; mantenimiento de un cierto criterio de realidad “pseudo-objetiva” gracias a la utilización de defensas que mutilan al funcionamiento psíquico.

También A. GREEN ha desarrollado su particular comprensión de los *fenómenos “arcaicos”* que caracterizan este tipo de funcionamiento psíquico.

D. WIDLOCHER (1973), ha delimitado con particular precisión psicopatológica la “*organización límite*”, prefiriendo este término al de “estructura”. Ésta y otras aportaciones de autores (DIATKINE, LANG, LEBOVICI, MISÈS) que han abordado la cuestión desde su experiencia clínica con niños, reciben particular atención y espacio más adelante.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Pese a la multitud de trabajos existentes, la gran variedad de las referencias teóricas en que se basan y la multiplicidad de las metodologías que utilizan, hace que resulte muy difícil comparar sus resultados y conclusiones.

Su prevalencia ha sido estimada entre el 0,2 y el 2 % de la población general y en torno al 15 % de entre los consultantes de servicios psiquiátricos (WIDIGER y FRANCES, 1989; CHAINE y GUELFY, 1999).

Muchos estudios han resaltado su asociación con trastornos afectivos depresivos y con una mayor incidencia de suicidios, así como de abuso de alcohol y sustancias tóxicas (en el hombre) y de trastornos de la alimentación de tipo bulímico (en la mujer). Es muy frecuente su asociación con otros rasgos patológicos de personalidad, en particular de tipo antisocial. Tanto la asociación con trastornos depresivos como con rasgos antisociales, han sido consideradas como factores pronósticos negativos en estudios a largo plazo, al igual que el antecedente, más frecuente que en otros trastornos, de haber sido víctimas en su infancia de violencia y maltrato parental o de abusos sexuales (GRINKER, 1977; McGLASHAN, 1987; STONE, 1989,1993).

Numerosos autores señalan la relación entre el trastorno límite de personalidad, la (su) vulnerabilidad depresiva y los traumatismos precoces y la mayor frecuencia de separaciones y pérdidas precoces, de fracasos conyugales en la pareja parental, y de maltrato físico y sexual (SOLOFF y MILLWARD, 1983, ZANARINI y Cols., 1993). Hay también datos evidentes acerca de la repercusión de la violencia física y el abuso sexual, sobre todo en el marco familiar, sobre el sentimiento difuso de identidad, la inseguridad básica y la incapacidad de anticipar las intenciones del otro (ZANARINI y cols., 1979; HERMAN y cols., 1989).

En esta línea merecen particular atención los recientes trabajos de FONAGY y TARGET (1997), en los que describen lo que denominan “función reflexiva” (*reflective function*). Se trata

de un proceso inconsciente que se genera en las interacciones precoces entre niño y madre, cuando ésta desarrolla una función especular “reflejando”, “reflexionando” (y reaccionando) con sus actitudes y gestos (y con sus contenidos mentales y capacidad de contención) a las propuestas del bebé. La madre puede servir así de modelo para la regulación emocional y la interiorización de esta función es primordial para el desarrollo afectivo del niño. Un vínculo caracterizado por la inseguridad o la inadecuación en la madre, al impedir esta función, dificulta la interiorización de la capacidad de regulación emocional del niño y marca su modo de apego, su capacidad de reconocer tanto sus propios afectos como los de la persona con la que se relaciona, y puede condicionar el “sentimiento de alienación profunda de su self” que estos autores describen en los trastornos de la personalidad. Cuando los vínculos precoces son muy desorganizados, el niño es incapaz de predecir las reacciones de las personas que le cuidan, y tiene que hacer, para comprenderlas, un sobreesfuerzo con gran desgaste y sufrimiento psíquico, que repercute en la organización de su personalidad pudiendo distorsionar severamente su capacidad de percibir y de expresar sus necesidades afectivas.

En definitiva, a través del tratamiento de sujetos (adultos) con trastornos de la personalidad, estos autores tratan de entender y teorizar, las características de sus relaciones precoces y de los procesos de interiorización (y de identificación) que han basado la organización precoz de su personalidad, señalando en particular la confusión de los borderline a la hora de integrar y estructurar mentalmente sus experiencias afectivas tempranas, caracterizadas muy frecuentemente por ser muy traumáticas, y en consecuencia confusión también al recordarlas, expresarlas y modularlas a la hora de experimentar nuevas relaciones, siempre marcadas por una actitud de alerta temerosa.

EL CUADRO CLÍNICO

1) La sintomatología típica

Aunque puede aparecer cualquier sintomatología por variada que sea, existe un consenso claro en cuanto a las manifestaciones más típicas.

La *angustia* permanente puede manifestarse tanto en forma de malestar permanente e impreciso como en manifestaciones agudas e intensas acompañadas de manifestaciones somáticas (“ataques de pánico”), llegando hasta el estupor y la despersonalización. Más específicamente es su carácter imprevisible, invasivo y difuso lo que, junto con la imposibilidad de representarla mentalmente y de nombrarla y darle forma a través de la expresión verbal, la hace incontrolable. No suele llegar habitualmente a la angustia psicótica (de fragmentación, desmembramiento, explosión mental, etc.) porque los límites del yo respecto al otro y al mundo externo, todavía se mantienen. Tampoco se trata de una angustia neurótica, ligada a sentimientos de incapacidad-fracaso (castración) y culpa, que es más fácilmente expresable, explicable y reconocible. Cuando es formulada lo es en forma de temor a la pérdida de objeto y sentimientos de abandono, y a la pérdida de coherencia mental. En consecuencia se vive una desesperada sensación de necesidad de ser comprendido y atendido “absolutamente” e “inmediatamente”, lo que añade urgencia y catastrofismo pasional a cualquier relación hipertrofiando su importancia (y afectando también a la relación terapéutica en su intensidad transferencial). En definitiva es una agustia, difusa y permanente, que supone un desgaste y un fracaso de la economía psíquica, lo que explica su mutiplicidad sintomática, que se intensifica y emerge intermitentemente en los episodios más agudos.

La *sintomatología “neurótica”* muestra que cierta organización y mecanismos neuróticos, aunque flaquean, se mantienen. En las manifestaciones fóbicas predominan las referidas al

cuerpo y a su percepción (fobia a ser visto o a hablar, enrojecer en público) y se acompañan de ideas autorreferenciales. Las manifestaciones obsesivas (fobia-rechazo a la suciedad) pueden también adquirir matices persecutorios. Ambos tipos de fobias se estructuran a veces en agorafobias masivas, que limitan sus posibilidades sociales y pueden llegar a ser invalidantes. Los rituales obsesivos, habitualmente justificados por racionalizaciones masivas y por ello egosintónicos, suelen estar exentos de la sensación de asedio, y de lucha activa contra ellos, así como de los mecanismos defensivos más propios del obsesivo neurótico (anulación retroactiva, aislamiento, maniobras sustitutivas de autopunición, etc.). Las manifestaciones histéricas suelen carecer de componentes de erotización y fantasías de seducción y tienen más bien un carácter agresivo y de manipulación desesperada (y desesperante). Cuando aparecen síntomas de conversión a menudo son variopintos y múltiples con componentes disociativos (episodios crepusculares, obnubilación y trastornos del nivel de conciencia). Las manifestaciones hipocondríacas suelen caracterizarse por la angustia subyacente ya descrita y por la exigencia, desesperada y catastrófica, de atención (que a menudo se transforma en una actitud manipuladora, atemorizante o amenazante).

Los *trastornos (tímicos) del humor* son tan frecuentes que para los autores con una perspectiva biológica, son la base etiológica e incluso la “verdadera entidad nosológica” del cuadro clínico. Otros con distinta perspectiva, por ejemplo BERGERET, también piensan que la prevalencia de la depresión es un elemento estructural fundamental del cuadro clínico.

Aspectos más específicos de la depresión “límite” son: la habitual ausencia de enlentecimiento motor, la desadaptación severa derivada de su peculiar o ausente criterio de realidad, y el predominio de sentimientos de irritación, cólera, odio o rabia en lugar de la culpabilidad e inhibición típicas. Y desde una perspectiva relacional, el sentimiento de desesperación y de impotencia ante objetos inaccesibles o “inabordables”, que traducen su necesidad, búsqueda –y decepción– de objetos

idealizados. En consecuencia los actos heteroagresivos o autoagresivos (suicidios por decepción-despecho-venganza) son más frecuentes porque más frecuente es también la vivencia de hecatombe narcisista (“nadie me atiende, me conoce, me quiere”) que acompaña a sus repetidas decepciones.

Los *comportamientos impulsivos* y descontrolados suelen condicionar su inestabilidad relacional y socio-profesional. Los actos autoagresivos (tentativas de suicidio y otros ataques a su propio cuerpo, sobredosis de tóxicos diversos, borracheras patológicas y con conductas de riesgo, actividades extremadamente peligrosas y/o accidentes repetitivos, crisis bulímicas, ciertas promiscuidades sexuales de riesgo) y heteroagresivos (agresiones físicas, accesos clásticos, robos “vengativos”, acusaciones y difamaciones, etc.) condicionan frecuentemente su estilo relacional y de “comunicación” afectiva.

Las conductas de dependencia tóxica (alcoholismo y otras toxicomanías); –con la ilusión de dominar así el displacer y la insatisfacción somato-afectiva, gracias a una substancia, supuestamente controlable y disponible siempre–; proporcionan una “prótesis exterior” (O. Kernberg) a su permanente insatisfacción (narcisista) consigo mismos.

El mismo motivo subyace en su frecuente recurso a relaciones de promiscuidad, impulsivas y caóticas (tanto hetero como homosexuales), sin progresión ni futuro alguno, y a menudo con incorporación de prácticas perversas (sado-masquismo y otras desviaciones pulsionales: micción, defecación). Bergeret ha insistido en relacionarlo con su estilo de relación “anaclítico”, caracterizado por la espera pasiva de satisfacción absoluta y la manipulación agresiva del otro, con imposibilidad de aceptar que se distancie o retrase en su disponibilidad, que (idealizada) debe ser total. Esta relación reproduciría el estilo de relación precoz narcisista-oral, que oscila entre el deseo-temor de fusión y de huida, de dependencia y abandono, que no tiene salida por la imposibilidad de satisfacer una necesidad afectiva insaciable. La desesperación y los actos agresivos son la consecuencia inevitable de tal imposibilidad.

Esta avidez afectiva, que acompaña y colorea la ansiedad de estos pacientes, es bien conocida en los servicios de urgencia, en los que recibe adjetivos variados (“manipuladora”, “absorbente” “insufrible”) cuando, con frecuencia, presentan *descompensaciones agudas*.

El ya citado paso al acto autoagresivo o suicida, que se acompaña de una intensa demanda de comprensión y atención, es la más frecuente. Las crisis agudas de angustia, a veces con episodios de confusión y despersonalización, las experiencias paranoides sin alucinaciones (ideas de autoreferencia, sospechas y temores amenazantes) y los pensamientos bizarros (pensamiento mágico, percepciones telepáticas, vivencia de desdoblamiento, etc.) son frecuentes y deben distinguirse por razones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de la esquizofrenia. En particular es fácil, y suele ser frecuente, confundir los fenómenos o síntomas mentales, ideativos, y los sensoriales, alucinatorios. Por ejemplo, cuando alguien dice “oír” (en realidad, imaginar) una canción en la que se le alude “se habla de mí, se refiere a mí” (autoreferencia ideativa) y debe diferenciarse de: “me están hablando a mí” o “quieren hablar conmigo” (alucinación auditiva).

A veces la propia clínica ayuda al diagnóstico diferencial porque tanto la remisión espontánea de la sintomatología, como su labilidad y polimorfismo, así como un análisis psicodinámico de sus características relacionales y de su demanda afectiva, y la reorganización rápida de su capacidad de relación y de ajuste a la realidad, permiten descartar la psicosis.

2) La organización psicopatológica (o la estructura metapsicológica)

Ciertas simplificaciones que limitan la psicopatología de la personalidad a la catalogación de conductas problemáticas y su explicación etiológica a una visión reduccionista, que las hace depender directa y exclusivamente de los rasgos tempe-

ramentales y a éstos, a su vez, de factores biológicos determinados genéticamente, han facilitado una visión determinista de la personalidad, que resultaría de componentes biológicos innatos (agresividad, irritabilidad, intolerancia a la frustración, etc.) que se supone que serían inmodificables y que, deslizándose ya hacia teorías más impregnadas de una ideología racista, estarían vinculados a factores genéticos ligados a determinados colectivos raciales.

Sin embargo, los estudios clínicos realizados en las últimas décadas han revalorizado la comprensión psicodinámica y sus perspectivas más amplias que abren la complejidad de los factores determinantes del comportamiento, vinculándolo no solo a lo biológico-temperamental sino también a las interacciones precoces y a los procesos de interiorización (y de identificación) vinculados a la biografía socio-familiar, y por tanto relacional, que marca el desarrollo infantil.

Particular interés y reconocimiento han recibido las teorías basadas en la comprensión y análisis de las modalidades de “relaciones de objeto internalizadas” (interiorizadas), cuyo máximo representante es O. Kernberg. Para este autor la estructura específica de la personalidad borderline puede delimitarse, a partir de la observación clínica, con parámetros metapsicológicos que describe muy claramente, inspirándose en teorías objetales derivadas del pensamiento kleiniano.

Una primera dimensión psicodinámica fundamental es la fallida *integración del Yo*, que se evidencia en múltiples manifestaciones, no específicas, de su debilidad: escasa tolerancia a la ansiedad, falta de control pulsional, carencias en los mecanismos de sublimación, fallos en la diferenciación self-objetos externos con la correspondiente disolución de los límites del yo. En su conjunto componen los que Kernberg ha denominado el “*síndrome de difusión de la identidad*” (o “*identidad difusa*”) que describe como: “la ausencia de un concepto integrado de sí mismo (del self) y de un concepto integrado de los objetos en relación consigo mismo (con el self)”. Aunque, como en el registro neurótico, las fronteras del Yo se mantie-

nen, al menos en ciertas áreas de funcionamiento, permitiendo cierta diferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos, sin embargo ésta puede fallar en las relaciones interpersonales cercanas, que pueden entonces adquirir características psicóticas. Las alteraciones profundas en la internalización de las relaciones de objeto, y en su representación mental, afectan también a la capacidad de abstracción y de adaptación a la realidad. Así ocurre en la “psicosis de transferencia” frecuente en estos sujetos, o en la realización de pruebas proyectivas cuando la emergencia de fantasías arcaicas altera su capacidad de pensar y de adaptarse a la realidad externa.

Otra característica es el predominio de *mecanismos de defensa arcaicos* (denominación mejor que la de “psicóticos”, porque evita cierta confusión diagnóstica). A diferencia de los mecanismos de sujetos neuróticos, organizados en torno a la represión, los pacientes límite recurren, para protegerse frente a la invasión pulsional, que activa una angustia de fragmentación tanto de su self (o sea de su coherencia mental) como del objeto externo, a mecanismos basados en la *escisión*. Gracias a ella separa, precaria y artificialmente, sus representaciones internas idealizándolas (distorsión de la realidad) en buenas y malas y ligándolas a la pulsionalidad libidinal y agresiva. Así protege a su frágil Yo de verse invadido por la angustia, fundamentalmente evitando la confrontación con su propia ambivalencia y el sufrimiento depresivo, afectos que amenazarían de destrucción su propia integridad y la de cualquier objeto vinculado afectivamente (en una relación interpersonal). Este “desconocimiento” de sus afectos, a veces reconocidos intelectualmente, pero imposibles de vivir y ser expresados, implica mecanismos de *negación* que afectan tanto a elementos intrapsíquicos (negativa a percibir como propios sus deseos, sentimientos o pensamientos) como a la percepción e interiorización de las exigencias de la realidad externa (dificultando así la diferenciación interno-externo y con ello su integración en un *super-Yo* que quedará *mal estructurado*)

Conforme ya describió Melanie Klein, cabe subrayar el carácter normal de estos mecanismos “psicóticos” en los momentos precoces de constitución del psiquismo, en los que el bebé, incapaz de integrarlos, necesita separar lo “malo” para impedir que le invada y contamine, y así proteger; lo “bueno”. Esto conlleva una percepción maniquea e inestable del mundo, que oscila entre lo “idílico” y lo “catastrófico”, con intenso acompañamiento afectivo de amor y odio, en función de los vaivenes pulsionales y de las insatisfacciones que conllevan. En los momentos de intensa decepción relacional, la escisión opera una separación entre el sentimiento idealizado de sí mismo (imagen regresiva idealizada y grandiosa) y la desvalorización masiva del objeto (idealizado negativamente como culpable de todo malestar y “merecedor” de odio y castigo), y el resultado de esta operación es la facilitación de un paso al acto “justificado” por esta particular percepción de los sucesos reales, muy distorsionada afectivamente por la “ceguera pasional” con la que se viven estos fracasos de la satisfacción (desesperadamente) esperada.

Aunque el destino, inconsciente, de esta operación es evitar la angustia de fragmentación, la precariedad de la escisión es tal, (porque la amenaza, por ser interna, sigue persistiendo), que la inseguridad respecto a las garantías del mundo externo y la angustia difusa se siguen manifestando e, imposibles de ser controladas, mantiene al sujeto en la incertidumbre de su propia (in)coherencia, y de su imposibilidad de mantener, como si pudieran ser inamovibles, tanto su estabilidad y como la del mundo externo.

Por eso necesita recurrir a mecanismos de *idealización primitiva*, separando los objetos “buenos e ideales” de la amenaza de contaminación y destrucción por parte de los “malos”. Esta nueva escisión, también ineficaz, porque nadie ni nada satisface permanentemente, desencadena reacciones de rabia destructiva y de rechazo masivo de reconocer la negación previa que permitía la idealización (“nunca he pensado nada bueno de tal persona, siempre la he odiado, siempre he sabido

que no debía confiar en ella porque siempre me ha engañado”). La inestabilidad y las rupturas catastróficas en el terreno relacional con la consecuencia.

Los aspectos negativos, peligrosos, de sí mismo son, además de separados (escindidos), expulsados al exterior y proyectados en otras personas, que se convierten así en amenaza externa. Con esta “*identificación proyectiva*” se crea una nueva, y también frágil, ilusión, que hace creer que es más fácil controlar y evitar la amenaza externa (cuando en realidad está dentro del sujeto, y es imposible hacer desaparecer lo que es parte íntima de su psiquismo).

La necesidad, para sobrevivir, y la fantasía grandiosa de poder dominar y controlar totalmente al objeto externo, necesita articularse en un *sentimiento de omnipotencia propia inseparable de la desvalorización, desprecio y rechazo del objeto* en cuanto se niega a la gratificación, tanto si es explícitamente demandada como silenciosamente esperada. Melanie Klein asoció genialmente idealización y envidia (“la envidia destructiva ataca a lo más creativo”) al detectar que es el objeto idealizado poseedor de todo lo que gratifica quien, precisamente por ello, es víctima del deseo de ser desposeído, de todo, robado y usurpado en su lugar por quien le desea con avidez. En la misma línea, O. Kernberg ha insistido en la importancia psicogenética, en la distorsión tanto en la percepción de la realidad como en la representación de los objetos internos (internalización), de la agresividad y destructividad oral, y de los sentimientos y actitudes de rabia hostil y arrogancia que condicionan³.

Ambos autores han insistido también en que como resultado de ello se ve afectado el criterio (de percepción) de la realidad. Aunque se diferencia de la disociación psicótica, tanto la percepción de sí mismo como del otro, sobre todo en lo que concierne a como se viven las relaciones más cercanas y significativas, sufre severas distorsiones.

3 Y su principal crítica a la teoría y técnica de Kohut es que deja de lado, en su teoría y en su técnica, estos aspectos psicogenéticos y transferenciales.

Lo que la perspectiva de Kernberg (y otros autores psicoanalíticos) aporta a la comprensión psicopatológica de la estructura de la personalidad límite (o si se prefiere de sus características psicopatológicas prevalentes) puede resumirse en los siguientes puntos:

1. Labilidad del funcionamiento yoico (“yo débil”)

- Desbordado por la intensidad, mal tolerada, de afectos y emociones.
- Tendencias impulsivas descontroladas.
- Carencia de recursos de canalización y sublimación.
- Identidad inconsistente: “difusión de identidad”. Caracterizada por su indefinición e inconstancia: “falso self”, pseudoidentidad, imitaciones superficiales.

2. Mecanismos de escisión – Oscilación estados afectivos

- Alternancia idealización-omnipotencia-euforia y desvalorización-desprecio-depresión.
- No diferenciación interno/externo y alteración del criterio de realidad.
- Fallos integración y funcionamiento del superyo.

3 Relaciones de tipo anaclítico

- Extremada dependencia y sensibilidad a la separación.
- Intensos deseos de relación fusional y correlativos temores de intrusión e influencia.

EL DIAGNÓSTICO Y SUS DIFICULTADES

Pese a la clara delimitación clínica descrita, el reconocimiento y clasificación diagnóstica de la personalidad límite como entidad psiquiátrica diferenciada ha transcurrido entre desacuerdos conceptuales que han dificultado la aceptación de criterios diagnósticos unánimemente aceptados.

Una primera divergencia se ha perfilado entre dos cuales son los *rasgos o mecanismos específicos y diferenciales*.

Un criterio, el categorial, pragmático y cuantitativo, trata de reconocer con criterios y métodos estadísticos (análisis multifactorial) los comportamientos específicos y diferenciales del trastorno y utiliza para ello cuestionarios o entrevistas más o menos estructuradas para definir cuáles son los *rasgos* o *mecanismos específicos y diferenciales*: “quién y qué es borderline y quién y qué no”.

Otro, el dimensional, más centrado en la clínica relacional de inspiración psicoanalítica y en el funcionamiento mental subyacente (comprensión del significado afectivo de sus comportamientos y relaciones; su movilización en la transferencia) trata de establecer qué *rasgos, inespecíficos*, son más marcados, más intensos o *más prevalentes* en el borderline que en otras personalidades.

El primero es más conforme al modelo médico de la entidad morbosa, pero topa entre otras dificultades con la de separar la patología “propia y exclusiva” del borderline de otras manifestaciones clínicas también presentes en otros trastornos de la personalidad (narcisista y antisocial por ejemplo), y también con la de su diferenciación de los trastornos afectivos e incluso de la personalidad normal. El segundo se adapta mejor a la variedad de situaciones clínicas con que se presenta la patología límite, pero exige la delimitación de algunos criterios psicopatológicos más específicos y diferenciales. (O. KERNBERG, basándose en la comprensión metapsicológica derivada de su práctica psicoanalítica, propone una combinación de ambos modelos).

Una segunda dificultad resulta de los diferentes criterios de elección de los elementos clínicos más específicos a considerar para alcanzar un diagnóstico diferencial. Los actos autoagresivos, la impulsividad, las relaciones caóticas por su intensidad y discontinuidad, y la inestabilidad afectiva suelen ser los criterios diferenciales considerados como más fiables, existiendo más divergencias a la hora de sumar además otros, tales como síntomas psicóticos, ideación autorreferencial o persecutoria, o signos disociativos.

Una tercera divergencia, conceptual y clínica, viene dada por las diferentes maneras de considerar los trastornos del humor, elemento etiológico prioritario y causal de todo lo demás para unos y para otros, por el contrario, consecuencia psicopatológica y evolutiva, derivada del desequilibrio e inestabilidad en la organización de la personalidad.

Tan diferentes modelos etiopatogénicos, –desde los más “biológico-temperamentales” hasta los más “psico-sociales”–, condicionan inevitablemente múltiples puntos de divergencia a la hora de definir las prioridades, tanto a nivel de diagnóstico clínico como de las opciones terapéuticas.

Desde la perspectiva categorial, diversos autores han delimitado sus criterios diagnósticos.

GRINKER (1968) distingue cuatro subtipos: el borderline “al límite de la psicosis”, caracterizado por conductas coléricas y negativas, fallos en la percepción de sí mismo y de la realidad; el borderline “nuclear”, con oscilaciones relacionales permanentes, pasos al acto de rabia o agresión, depresión y trastorno de la identidad; el borderline “personalidad *as if* (como si)”, con comportamiento adaptado, pobreza afectiva, falta de espontaneidad y defensas de tipo repliegue-intelectualización; y el borderline “neurótico”, cercano a la neurosis de carácter narcisista.

GUNDERSON (1975 con SINGER; 1978 y 1987 con ZANARINI) delimita seis características específicas: impulsividad, actos autoagresivos repetidos, afectos disfóricos crónicos, distorsiones cognitivas transitorias, relaciones interpersonales intensas e inestables, miedo crónico de ser abandonado. Basándose en ellas han creado una entrevista semi-estructurada (DIB- Diagnostic Interview for Borderline) que explora los siguientes criterios clínicos: afectos crónicos (depresión mayor; rabia; sentimientos de soledad, aburrimiento, vacío; debilidad y desesperación; desvalorización del entorno); estilo cognitivo (pensamientos bizarros y experiencias inhabituales; experiencias persecutorias no alucinatorias; “cuasi” psicóticas); actos impulsivos (automutilación, manipulaciones suicidas, abuso de

tóxicos, desviación sexual); relaciones interpersonales (conflictos de dependencia, intolerancia a la soledad; relaciones tempestuosas; preocupaciones abandonícas y temor a ser englutido o aniquilado; actitudes de desvalorización, de manipulación, y sádicas; problemas contratransferenciales; actitudes de demanda y reivindicación; tendencia a la regresión terapéutica).

PERRY y KLERMAN (1978) también han propuesto una escala de evaluación (BPS-Borderline Personality Scale) que propone un prototipo de la personalidad límite (preocupación narcisista por sí mismo, falta de empatía, vulnerabilidad al estrés y débil identidad), que desglosan en 81 variables agrupadas en cuatro dimensiones: status mental (comportamiento agresivo e inadecuado; manipulador, difícil de interrogar; afectos de cólera, soledad, anhedonia; intolerancia a la ansiedad, despersonalización, desrealización; tendencia a deducciones arbitrarias); antecedentes personales (episodios psicóticos breves durante psicoterapias u hospitalizaciones; comportamientos impulsivos, abusos de tóxicos, bulimia, impulsos cleptomano, tentativas suicidas; fracasos socio-profesionales y afectivos; sexualidad perturbada); relaciones interpersonales (explotación del otro, intolerancia a la soledad, relaciones cercanas tempestuosas, dependencia); mecanismos de defensa (proyección de inhibiciones e insatisfacciones con paso al acto, idealización primitiva).

También pueden incluirse dentro de las propuestas categoriales las de las clasificaciones DSM-IV y CIE-10.

Las clasificaciones DSM hasta su versión III, se preocupaban sobre todo de diferenciar el trastorno borderline del espectro esquizofrénico y de la personalidad esquizotípica, delimitándolo conforme a tres aspectos: problemas de identidad y relaciones interpersonales, trastornos del humor e impulsividad.

A partir de la versión IV (1994), la DSM añadió modificaciones cercanas a las proposiciones de Gunderson (inclusión de las perturbaciones cognitivas transitorias ligadas al estrés,

rebaja de la comorbilidad con depresión mayor, redefinición de la perturbación de la identidad).

La definición general que delimita recoge como fundamental una triple inestabilidad (en la imagen de sí mismo –self–; en los afectos y estado de ánimo; en la conducta y las relaciones interpersonales) con impulsividad asociada, y la desglosa en cinco tipos de manifestaciones:

- esfuerzos por evitar abandonos reales o imaginarios y patrón de relaciones interpersonales inestables con alternancia de idealización y desvalorización;
- perturbación-inestabilidad de la identidad;
- impulsividad potencialmente destructiva, gestos-amenazas suicidas y automutilación;
- inestabilidad afectiva y del estado de ánimo, sentimiento crónico de vacío, cóleras intensas e inapropiadas;
- ideas y actitudes paranoides, estados transitorios de disociación

Sin entrar en más detalles de esta conocida y utilizada clasificación, cabe señalar en cambio que su habitual alergia a criterios intrapsíquicos y conceptos metapsicológicos psicodinámicos, que le ha llevado por ejemplo a suprimir términos como neurosis o psicosis, parece empezar a ser superada a la hora de describir los trastornos de personalidad que parecen resistirse a una mera descripción y catalogación de comportamientos. No resulta nada complicado emparentar esta descripción con conceptos psicoanalíticos archiconocidos (como ya han hecho diversos autores, y de forma más destacada Otto Kernberg). Así, el concepto de *“labilidad del yo”* incluye rasgos clínicos como la intolerancia a los afectos y sentimientos intensos, la incapacidad de controlar las pulsiones, y de canalizarlas adecuadamente (sublimación) y, en consecuencia, de mantener una identidad definida y estable. El recurso habitual a *“mecanismos de defensa arcaicos”* con *“predominio de la escisión, idealización y proyección”* también se corresponde con la tendencia sucesiva y oscilante entre la idealización y la desvalorización y su correlato afectivo (la oscilación entre eufo-

ria - megalomanía y desvalorización - vacío - depresión) y relacional (la “*vinculación anaclítica*” y la exigencia “*oral*” que lleva a establecer relaciones de dependencia total, “*fusional*”, alternantes con rupturas y “*abandonos*” a veces de consecuencias trágicas).

La CIE, clasificación de la OMS, ha ignorado la personalidad límite hasta su versión CIE-10 (1992), en la que propone una “*personalidad emocionalmente lábil*” con dos sub-tipos: “*impulsiva*” y “*borderline*”, caracterizada ésta por al menos dos de las siguientes características: perturbaciones-inseguridad respecto a su propia imagen, objetivos y opciones personales; tendencia a relaciones intensas e inestables con crisis emocionales; esfuerzos desmesurados por evitar ser abandonado; repetición de amenazas o gestos suicidas o autoagresivos; sentimiento permanente de vacío.

Desde la perspectiva dimensional se han desarrollado, hasta ahora, menos instrumentos específicos para el diagnóstico de la personalidad límite.

Los intentos realizados con el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) no han permitido delimitar un perfil típico específico del *borderline*, aunque sí detectar características “*sensibles*” (elevación en escalas de depresión, desviación psicopática, esquizofrenia, paranoia y psicastenia).

MILLON (1986), en su MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) desarrolla unos parámetros que permiten delimitar modalidades de disfunción global en cada tipo de trastorno de la personalidad (comportamiento, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, humor, mecanismos de defensa, imagen del self, representaciones internalizadas, organización intrapsíquica). Las características del *borderline* son: humor lábil, brusquedades en el comportamiento, inseguridad en la imagen de sí mismo, relaciones interpersonales paradójicas, peculiaridades cognitivas, mecanismos regresivos, internalizaciones contradictorias incompatibles, identidad difusa.

WIDIGER, COSTA y McRAE (1990), proponen un modelo en cinco dimensiones (FFM-Five Factors Model): neuroticismo,

extroversión, responsabilidad (Conscientiousness), simpatía (Agreeableness), y apertura-curiosidad (Openness).

Desde una perspectiva intermediaria o mixta, que combina elementos tanto categoriales como dimensionales, Otto KERNBERG ha propuesto cinco ejes que permiten estructurar el diagnóstico: nivel de integración del yo (cuya manifestación clínica específica del borderline es la identidad difusa); nivel de organización del superyo (ligado a los mecanismos defensivos más o menos arcaicos y al que concede una gran importancia pronóstica); gravedad de los traumatismos y agresiones en la infancia y en particular del maltrato y abusos físicos y sexuales padecidos en el medio familiar; el eje dimensional introversión-extroversión relacionado con factores temperamentales vinculados a factores genéticos al igual que ocurre con la inestabilidad/disregulación entre euforia y depresión.

La relación y diferenciación entre temperamento, reacciones y actitudes emocionales, y personalidad es una cuestión compleja que está lejos de ser un problema resuelto. Una rápida simplificación, extendida en la actualidad, consiste en establecer un determinismo innato e irreversible por el cual ciertas características temperamentales presentes en el desarrollo muy temprano del bebé se prolongarían y estabilizarían en rasgos definitivos de conducta que continuarían estando presentes en la vida adulta. No es esta la opinión de O.KERNBERG⁴. Para él, los condicionantes temperamentales innatos, están vinculados a factores biológicos genéticos, pero también abiertos y modificables en función de la calidad, estructurante o desestructurante, de las interacciones precoces reales y de la organización intrapsíquica (“relaciones de objeto internalizadas”) a que dan lugar.

4 Comunicación verbal. Jornada de SEPYPNA. Madrid 2002. Kernberg resalta entre las funciones “temperamentales” esenciales: la regulación y expresión de afectos que, para él, constituye el primer sistema de motivación, y el sistema de atención y cognición.

Prolongando estos puntos de vista, Paulina F. KERNBERG (2000), como veremos más adelante, ha insistido, desde su perspectiva de psiquiatra y psicoanalista de niños, en la importancia de los componentes temperamentales en la organización de la personalidad, y de su correlación con la organización de esquemas y funciones neurobiológicas.

Para finalizar esta perspectiva referida a los medios de diagnóstico hay que mencionar que, además de las pruebas citadas de carácter "cuantitativo", se han utilizado también otras de carácter "cualitativo", como son los tests proyectivos y en particular del test de Rorschach y del TAT. Quienes lo aplican describen, en líneas generales, como característica la oscilación permanente entre manifestaciones de proceso primario y secundario, con una mejor tolerancia que los psicóticos respecto a la emergencia de fantasías inquietantes. Los signos de mantenimiento de criterios de realidad se mantienen pese a la presencia constante de índices de ansiedad, y de la emergencia de temas relacionados con un trastorno profundo de la identidad y con un tinte megalománico y de omnipotencia mágica, que también evidencian una cierta distorsión perceptiva latente.

EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

Revisión histórica del concepto

En un artículo anterior⁵ describí la historia paralela recorrida en la literatura psiquiátrica por los conceptos de "inestabilidad", predominante en la psiquiatría francesa, y el de "hiperactividad" procedente de la anglosajona, y hoy en día claramente predominante. En cuanto a la cuestión de si ambas están vinculadas con la organización de la personalidad, las

5 Ya reseñado en nota al pie n.º 1.

respuestas son también paralelas, correspondiendo a estas dos tradiciones psiquiátricas que rara vez han hecho intentos de convergencia entre los dos “paradigmas” que las orientan.⁶

La psiquiatría francesa hace una aproximación más “psicopatológica” que entiende al niño en tanto que ser psicosocial y que hace referencia a un ideal de adaptación en las interacciones niño-entorno familiar. Los instrumentos de comprensión y de intervención preferidos y predominantes son los “psicoterapéuticos” (con el niño y con la familia). La metodología de investigación “psicodinámica” trata de relacionar las manifestaciones “objetivas” observadas (síntomas) con un conflicto “subjetivo” de la personalidad, y da prioridad a la escucha de la “realidad psíquica” narrada por el sujeto.

La anglosajona opta por una aproximación más “neuropediátrica”, interesada por la organización fisiopatológica, y hace referencia a un ideal de maduración del organismo libre de déficits neurofisiológicos. Los modelos de comprensión y las opciones terapéuticas prevalentes son las “médicas” (farmacológicas y “psicoeducativas”). Los métodos de investigación “psicofisiológica” buscan demostrar, “con evidencia científica”, la existencia o no de una causa objetiva utilizando el método estadístico y la comparación entre cohortes de “casos puros” y de “no casos control”.

En esta revisión me interesa, desde la perspectiva de este trabajo, seguir un doble hilo conductor:

- el parentesco y la diferenciación psicopatológica entre el funcionamiento límite y el psicótico.
- las relaciones entre inestabilidad motriz-hiperactividad y organización de la personalidad.

⁶ Es de reseñar que el intento más destacado de convergencia, entre autores franceses y americanos, se ha realizado precisamente respecto a los conceptos de “disarmonías psicóticas” y “trastorno múltiple del desarrollo” (ver TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LEBOVICI S., COHEN D.J (1997), “Dysharmonies psychotiques” et “Multiplex Developmental Disorder”: Histoire d’une convergence, *Psychiatrie de l’enfant*, XL, 2, p. 473-504).

En la psiquiatría francesa, la noción de “prepsicosis o de estados prepsicóticos” (S. LÉBOVICI y R. DIATKINE, 1963; R. DIATKINE, 1969) apareció en la psiquiatría infantil de orientación psicoanalítica para designar y delimitar clínicamente la personalidad de niños que presentaban cierta vulnerabilidad psíquica que los hacía susceptibles de descompensarse hacia una vertiente psicótica, y en particular a partir de la pubertad, esquizofrénica. Estos autores fueron pioneros en la descripción de funcionamientos próximos a la psicosis infantil, caracterizados por una deficiente organización o una desorganización del funcionamiento defensivo de tipo neurótico, que facilita la aparición ulterior de una disociación psicótica. Las tres formas clínicas predominantes se caracterizan por la excitación y la hiperactividad; por la inhibición; y por lo que DIATKINE denominó personalidad “*niaise*” (en castellano equivalente a “bobo” o “lelo”), descripción que él mismo reconocía como equiparable a los que otros autores describieron bajo la denominación de “falso self” (Winnicott). Seguramente la connotación pronóstica, incierta pero probable, del término “prepsicosis”, aunque ha contribuido a una mejor comprensión de la complejidad psicopatológica y de los variados avatares evolutivos de la psicosis infantil, sin embargo ha ido perdiendo vigencia a favor de una conceptualización más “estructural” de la psicopatología límite.

Así lo hace, desde una perspectiva también psicoanalítica pero diferente, WIDLOCHER (1973), al describir el “núcleo prepsicótico”, para agrupar niños que presentaban un núcleo perturbado en la organización de su personalidad y que se caracterizaban por una serie de rasgos clínicos típicos. Su estructura psicopatológica se caracteriza por:

- una actividad fantasiosa sin elaboración secundaria, (en otros términos, los de Freud, por la prevalencia del proceso primario), que condiciona serios trastornos en sus capacidades de simbolización y por tanto del aprendizaje.
- angustias de incoherencia del self, sentimientos de falta o amenaza en su integración, ligados con la puesta en

funcionamiento de mecanismos de defensa arcaicos (concepto de gran semejanza clínica con el “Trastorno de Identidad difusa” descrito por Kernberg⁷).

- una organización caótica del desarrollo pulsional con intensidad excesiva de pulsiones agresivas.

En su concepción englobadora y bajo el término de “Parapsicosis o Estados parapsicóticos”, J.L. LANG (1978) agrupa diferentes “estados límite y atípicos” a su juicio “todos ellos vinculados psicopatológica y estructuralmente con un funcionamiento de naturaleza psicótica” que delimita muy claramente en cuanto a sus características clínicas esenciales:

- Naturaleza de la angustia (de aniquilamiento, destrucción, fusión o desmembramiento) “borrada” a través de su exteriorización en actos, inaccesible en casos de inhibición masiva, camuflada por mecanismos relativamente eficaces como las defensas maníacas o la angustia de separación.
- Ruptura de contacto o frágil equilibrio del criterio de realidad.
- Infiltración constante de los procesos secundarios por los procesos primarios.
- Expresión directa de las pulsiones sea en actos o a través de la producción de fantasías que entrañan mecanismos defensivos muy masivos, rígidos y frágiles.
- Mecanismos regresivos propios de niveles de organizaciones libidinales arcaicas (repliegue narcisista, identificación proyectiva, defensas maníacas, escisión, idealización mágica...).
- Simbolización inaccesible, huida en un simbolismo mágico e irreal.

7 En un artículo posterior, Widlocher ha matizado su original punto de vista, diferente del de Kernberg, respecto a las características de los mecanismos de escisión del borderline. (Ver “Les états limites”, Paris, PUF, 2000, págs. 79-82).

- Predominio de relación objetal muy primitiva (narcisista, fusional, o dual, sin triangulación), posiciones autoeróticas o anaclíticas.

La cuestión clínica y teórica más específica de la correlación entre la inestabilidad y un trastorno de la organización de la personalidad, tiene una larga tradición en la psiquiatría francesa. Desde que DUPRÉ, en 1907, describiera el “síndrome de debilidad motriz”, se han multiplicado las descripciones que asocian:

- turbulencia, excitación, agitación, inestabilidad (con o sin euforia maníaca)
- debilidad motriz, torpeza e ineficiencia motora, dispraxias (con o sin afectación del esquema corporal)
- trastornos del carácter y “rasgos psicopáticos”

En cuanto a estas alteraciones de la personalidad, AJURIA-GUERRA (1971) describía los niños inestables como ansiosos, hiperemotivos, con tendencia a la impulsividad y al paso al acto agresivo y egosintónico (el niño no sufre de su comportamiento, que exterioriza su conflicto interno, pero sí de sus consecuencias) siendo el resultado de todo ello la inadaptación.

Otros muchos autores han descrito “anomalías del carácter”. Además de la insistente mención de esta tendencia a “exteriorizar los conflictos” en forma de comportamiento agresivo y de “oposición manifiesta”⁸, también abundan las referencias a la “labilidad en los intercambios relacionales” y a la inestabilidad afectiva y en el estado de ánimo. También se ha prestado atención a la organización de un “carácter antisocial” y a la valoración clínica de la ausencia de sentimiento de culpa, a su diferenciación con la angustia asociada a ciertos actos y, en definitiva, a la “distinción entre el carácter neurótico o psicopático de los actos” (MAZET y HOUZEL, 1971; MICOUIN y BOUCRIS, 1988).

8 El concepto de “oposición” como rasgo de carácter y funcionamiento tiene como se ve un largo recorrido antes de que la psiquiatría americana reciente lo haya convertido en categoría diagnóstica.

FLAVIGNY (1988) describía como “síntomas clave” del niño psicopático: la tendencia a la pasividad, el aburrimiento, y la ociosidad; la dependencia a personas del entorno inmediato; la perturbación de la percepción del tiempo y la “necesidad de satisfacción inmediata”; las “exigencias megalomaniacas” relacionadas con la “vulnerabilidad a toda frustración”. Insistía también en el impacto de la adolescencia sobre estas personalidades. La intensificación de la angustia y de los mecanismos de defensa proyectivos, la imposibilidad de aceptar un plazo de espera a la satisfacción, precipita la tendencia a los actos, y dificulta la diferenciación entre “problemas del carácter” y la verdadera psicopatía, que propone sea diagnosticada estudiando la personalidad y dejando de lado los actos. Posteriormente también G. Diatkine ha propuesto una ampliación del concepto de psicopatía, extendiéndolo desde el adolescente con tendencias predominantes al acto agresivo hasta niños inestables con trastornos de conducta caracterizados por su vertiente agresivo-destructiva hacia su entorno, y resaltando el factor común presente en todos ellos: la tendencia a utilizar el paso al acto agresivo como forma casi única de descargar todas sus tensiones psíquicas (G. DIATKINE, 1983, C. BALIER y G. DIATKINE, 1995).

Flavigny propuso también una “psicodinámica de la inestabilidad infantil” que se evidencia a partir de un abordaje terapéutico prolongado con dos técnicas realizadas complementaria e independientemente: psicoterapia individual del niño y estudio de la dinámica familiar con entrevistas semi-dirigidas y posteriormente consultas terapéuticas. Le llevan a la descripción de una conflictividad interactuante entre padres y niño. Subraya la presencia del lado maternal de una invasión y rechazo intenso de fantasías de muerte hacia el niño varón, enmascaradas en una actitud de protección y de solicitud incestuosa, que distorsiona el vínculo materno filial. Por parte del padre, la tendencia a evitar su papel de “instancia parental” y a mantenerse a distancia del niño, actitud favorecida por la actitud de descalificación materna.

En cuanto al niño, subraya:

- la presencia de componentes depresivos y la carencia de objetos internos, combatidas con mecanismos maníacos y con la tendencia a descargas agresivo-destructivas (que explican la inestabilidad);
- la incapacidad para afrontar y elaborar los conflictos edípicos, evitando manifestar una agresividad, sobreinvertida, hacia el adulto (del mismo sexo);
- constancia de una problemática para canalizar la excitación corporal hacia el autoerotismo propio de la masturbación, con constante emergencia de la excitación sexual y de una obscenidad manifiesta y la proyección sobre el adulto de interdicciones hacia el placer masturbatorio.

Concluye en la necesidad de elaborar y resolver la mutua problemática parento-filial (solicitud incestuosa, agresividad reprimida subyacente, hiperprotección cómplice) y la consecuente imposibilidad de interiorización de prohibiciones y de modelos parentales de identificación que marca la organización de la personalidad del niño –y que le hace ***“ver al niño inestable como incluíble en la disarmonías evolutivas y, la mayoría de veces, con una estructura de la personalidad de tipo límite”***–.

El autor que en la psiquiatría infantil francesa más ha contribuido a desarrollar, desde hace una treintena de años, el concepto de **“Disarmonías evolutivas”** primero y su delimitación y depuración progresiva en el de **“Personalidades (o patologías) límite”** ha sido Roger MISÈS (1981, 1990, 1994, 2000), que ha preferido mantener el plural en ambos términos por el *polimorfismo de sus características clínicas*, por el *carácter múltiple de los factores etiopatogénicos* implicados y por la *variedad de formas evolutivas* a que dan lugar.

Para Misès las patologías límite se perfilan con sus propias peculiaridades dentro del marco más general de las disarmonías evolutivas. Las delimita como perturbaciones complejas de instauración precoz, con una estabilidad en sus mecanis-

mos psicopatológicos, que, por sus potencialidades evolutivas, abiertas y dependientes de sus (in)capacidades de investigar relaciones y aprendizajes, prefiere llamar “patologías” mejor que “estado” límite. Sus manifestaciones clínicas se expresan por trastornos de la personalidad intrincados, e indisolubles, de alteraciones en el desarrollo de las funciones instrumentales (lenguaje y motricidad sobre todo) y cognitivas (simbolización).

Desde el punto de vista etiopatogénico se asocian de un lado a carencias afectivas, sociales y educativas precoces, que distorsionan y dificultan los vínculos afectivos, y consecuentemente la organización de los mecanismos psíquicos básicos que permiten estructurar la personalidad, pero además a factores de orden neurobiológico, claramente asociados en algunos casos a disfunciones neurológicas evidentes y en otros a las dificultades en la integración de interacciones estimuladoras y en su correlato neurofuncional biológico.

Desde el punto de vista psicopatológico se sitúan en un amplio espectro, “en mosaico”, en el que coexisten diversos grados no solo de manifestaciones neuróticas y psicóticas, sino también psicopáticas, y en forma predominante dificultades de tipo instrumental y cognitivo.

Pero, para este autor, solo en el desarrollo de un **abordaje terapéutico relacional** (*integral y polivalente*: incluyendo psicoterapia, reeducación instrumental, abordaje psicopedagógico adaptado, y eventualmente ayuda medicamentosa; *ambulatorio o institucionalizado*, según la severidad de los casos y los recursos disponibles) y *partiendo, para tratar de superarlas, de las limitaciones y posibilidades reales del niño (relacionales, cognitivas e instrumentales)* como puede llegar a verse el despliegue de las verdaderas características específicas de la patología límite, que permiten hablar de **rasgos psicopatológicos estructurales** permanentes.

Desde su perspectiva psicoanalítica, describe los fenómenos psicopatológicos en una comprensión estructural, buscando la conexión e interacción entre los mecanismos menta-

les prevalentes, que subyacen permanentemente bajo los diversos síntomas y conductas a que dan lugar, así como su expresión clínica en vías evolutivas diversas y abiertas. Por tanto se aleja del ordenamiento sintomático en entidades clínicas separadas y diagnósticos estables y cerrados, y critica el concepto de “comorbilidad” como suma de enfermedades o trastornos específicos sobreañadidos, considerando que la estructuración mental está en íntima relación con la historia personal del niño y con las interacciones estructurantes o fallidas con el entorno familiar y en particular con las relaciones materno-filiales precoces. En consecuencia también postula que las manifestaciones psicopatológicas sólo pueden, además de desplegarse, modificarse en un contexto de relaciones terapéuticas favorables. Esta posición aporta un relativo optimismo en cuanto a la posibilidad de favorecer cambios estructurales a través de intervenciones terapéuticas, sobre todo si se instauran tempranamente, y si pueden ofrecer un marco, imprescindible, de relación continuada y estable.

Considera fundamentales, para el diagnóstico clínico de la estructura psíquica, los siguientes elementos psicopatológicos:

- Fallos precoces en el apoyo y contención maternal.
- Fracasos en el registro transicional.
- Defectos en la elaboración de la posición depresiva.
- Fracaso en la elaboración neurótica y vulnerabilidad a la pérdida objetal.
- Fragilidad en la organización y equilibrio narcisista.
- Trastornos del pensamiento y la simbolización.
- Trastornos instrumentales y cognitivos.

Habiendo resumido los aspectos fundamentales de la posición teórico-clínica de Misès, los desarrollaré más ampliamente en la descripción clínica posterior, coincidente en sus líneas generales con las de este autor, ilustrándola con comentarios clínicos, extractados de nuestra experiencia en un centro de día, que tratan de evidenciar la correspondencia entre estos conceptos metapsicológicos y su manifestación clínica traducida en síntomas y conductas observables.

Otro autor que ha prestado particular atención a entender y a tratar, al niño “inestable”, desde una perspectiva psicoanalítica de la terapia psicomotriz, que él define como “más relacional que reeducativa”, es M. BERGER (1999), que ha resumido y publicado sus propuestas en un libro reciente. Propone, entre otras cosas, una clasificación de las inestabilidades “en función de la historia familiar y relacional del niño”. Toma en consideración solo las que considera “entidad clínica” (60 casos tratados intensivamente) que separa de las que “solo son síntomas de otras dificultades psíquicas fácilmente identificables” (psicosis, estados depresivos, ansiedad y sufrimiento psíquico reactivo, problemática histérica, carencias educativas y ausencia de límites, abusos sexuales, afectación neurológica y prematuridad grave, trastornos obsesivo-compulsivos).

Las que considera “entidad clínica” están vinculadas a: interacciones precoces muy defectuosas; depresión materna; adiestramiento educativo forzado; madres inestables; discontinuidad y pobreza de investimento maternal precoz; asociada a trastornos instrumentales; y, finalmente, las de causa desconocida.

Sorprende la aparente mezcla conceptual de aspectos sintomáticos, con diagnósticos psiquiátricos y con factores (o hipótesis) de tipo etiopatogénico, y también la ausencia de una referencia a una comprensión psicopatológica estructural, aunque en su descripción clínica insiste en conceptos tales como “relación entre pensamiento y movimiento”, “defecto en la relación primaria de objeto”, “dificultad para estar solo”, “holding defectuoso”, “procedimientos autocalmantes”, “fracaso en la construcción del espacio imaginario”, “exteriorización de objetos internos”. Su opción, ecléctica, parece consistir en recurrir a conceptos propios o ajenos que le ayudan a teorizar una amplia y comprometida experiencia terapéutica, (en mi opinión lo más original y enriquecedor del libro), aunque no trata de integrarlos en una concepción estructurada (como ya había hecho Misès, a quien, dicho sea de paso, no cita, a pesar de las múltiples coincidencias en los conceptos que ambos utilizan).

Otra perspectiva original es la de **J. BERGERET** (1997) que –habiendo estudiado sobre todo al border-line adulto, también se ha pronunciado en cuanto a la patología límite del niño– prefiere hablar de “**organización límite**” y piensa que hay “cierta ambigüedad” en los términos de “situaciones” o “patología” límite. Incluso, aún reconociendo la dificultad de delimitación clínica del concepto, critica su equiparación con las disarmonías evolutivas infantiles que le parecen más frecuentes y a menudo más banales que las “verdaderas organizaciones borderline”. Para él, esta organización se caracteriza:

- Desde el punto de vista *económico*, por las carencias narcisistas y el difícil acceso a relaciones triangulares. El sujeto se mantiene en relaciones de tipo anaclítico, necesitando apoyarse en el otro con desconfianza por el temor a verse abandonado. A diferencia del psicótico su organización no se basa en angustias de destrucción, fragmentación, y persecución.
- Desde el punto de vista *dinámico*, se organiza en el desbordamiento y descontrol de las pulsiones sexuales, que están invadidas por la violencia (que él entiende como instinto de conservación destinado a protegerse del otro amenazante y que diferencia de la agresividad resultante de una erotización de la violencia, consistente en el placer de dañar al otro).
- Desde el punto de vista *tópico*, predomina una organización afectiva de tipo preedípico, caracterizada por la prevalencia de un Self y un Ideal del yo narcisistas, que se imponen al primado de un Yo y Superyo más evolucionados.
- Desde el punto de vista *psicogenético*, habría una fijación resultante de un fallo en la elaboración depresiva, que Bergeret emparenta con el estadio anal y su relación con la adquisición del dominio de la pulsionalidad violenta (primer sub-estadio anal) y con la estructuración y confianza narcisista y fálica (segundo sub-estadio anal), adquisiciones indispensables para una organización nar-

cisista básica sólida que permita abordar la problemática edípica y las relaciones triangulares con garantías.

Otro autor que, desde una perspectiva original que integra una comprensión teórica kleiniana, ha aproximado también la **estructura border-line** con los aspectos depresivos, a través de su concepto de “**organizaciones paradespresivas**”, es **PALACIO-ESPASA** (1994). Para este autor, el estado, trastorno o patología límite, se sitúa entre las organizaciones paradespresivas y los funcionamientos psicóticos, y la sintomatología que se puede considerar patognomónica es el *grave trastorno de la identidad* junto con las *fluctuaciones globales del funcionamiento mental*, el uso intermitente pero duradero de *mecanismos de defensa primitivos (de tipo psicótico)*, y los importantes *trastornos de la simbolización y el pensamiento* (por la irrupción del funcionamiento psicótico-proceso primario). Subraya también el polimorfismo sintomático de estos cuadros resultando particularmente interesante su descripción, –desde su perspectiva evolutiva basada en tratamientos intensivos tempranos y prolongados–, de diferentes formas clínicas o líneas evolutivas. Distingue y observa:

- En la edad preescolar, la *disarmonia evolutiva* (con retrasos no homogéneos en la motricidad, lenguaje, desarrollo intelectual y capacidad de simbolización, asociados a importantes trastornos previos del apego).
- Entre los 4-6 años, predominan los *cuadros de tipo hipomaniaco*, con hiperactividad, inestabilidad y euforia, acompañados de trastornos de la simbolización, sobre todo en la expresión de fantasías agresivas y violentas, y dificultades de atención y concentración, con crisis de rabia y explosividad.
- A partir de los 6-7 años, estas formas hipomaniacas se complican con *trastornos de comportamiento y dificultades escolares y del aprendizaje*. Progresivamente, pueden quedar encubiertas por manifestaciones depresivas severas, inhibición emocional y tendencia al aislamiento y despegamiento afectivo, en *formas clínicas “depresivo-*

esquizoides”, con trastornos del pensamiento y de adaptación escolar y social sobreañadidas. Se observa también la *superposición de otros trastornos de la personalidad* con diferentes matices de carácter: “maníaco-narcisista”, “depresivo-esquizoide”, “falso-self”, “paranoide”.

Desde una perspectiva evolutiva y pronóstica, este autor subraya la movilidad de estos cuadros que pueden ir hacia una organización “paradepresiva” o “paraneurótica” en los casos más favorables, o “cuando la conflictiva depresiva es más intensa, organizar una personalidad límite a largo plazo”. Aunque con su polimorfismo clínico, estos cuadros, en función de sus rasgos de carácter más prevalentes, se van configurando como “diferentes” tipos de personalidad (“narcisista”, “esquizoide”, “paranoide”, etc.) con la consiguiente problemática del diagnóstico diferencial de sus rasgos más estructurales. En líneas generales las evoluciones más frecuentes se dirigen, en términos psiquiátricos, hacia los trastornos afectivos (el 75 % de niños límite, citando los resultados de WENING,1990) y los de ansiedad (50 %) siendo mucho menos frecuentes, para estos y otros muchos autores, la evolución hacia la esquizofrenia a partir de la adolescencia.

Desde una perspectiva epidemiológica subraya la importante presencia de la patología límite en la consulta habitual (13-15 % de los casos de consulta entre los 7-9 años, y 11-13 % entre los 3-7 años) y también la frecuencia de la patología de la personalidad en los padres y, en la madres, de la depresión y psicosis post-partum (60 % y 10 % respectivamente).

De la **literatura americana y anglófona**, amplísima en el terreno del adulto y mucho más limitada en el del niño, retendremos en este trabajo sólo las ideas de aquellos autores y trabajos que han desarrollado una atención específica al tema.

Desde una perspectiva psiquiátrica, centrada en la observación y descripción de rasgos y comportamientos, con una actitud semejante a la que recoge y transmite el sistema de clasificación DSM, merece la pena prestar atención al con-

cepto de “**Multiplex Developmental Disorder**” (Trastorno Múltiple del desarrollo) desarrollado conjuntamente por varios autores americanos, (**TOWBIN**, 1997; **WOLKMAR, KLIN, COHEN**, 1997), de cuya influencia en la psiquiatría americana cabe suponer que incidirá en la aceptación del término en futuras revisiones del sistema de clasificación DSM⁹.

Aunque aparentemente este término no alude a un trastorno de la personalidad, sin embargo el cuadro clínico que describen sus autores, y que resumo a continuación, se corresponde y superpone con el descrito por Misès, tal y como el propio Cohen reconoció, aceptando luego la redacción conjunta de un artículo en el que con varios autores franceses estudiaban las semejanzas entre ambos conceptos¹⁰.

Los autores americanos, con su terminología característica, describen en este cuadro las siguientes alteraciones:

1. *Trastornos de la regulación de afectos:*
 - Ansiedad generalizada, reacciones de pánico, miedos.
 - Desorganización del comportamiento.
 - Variabilidad y oscilaciones emocionales intensas.
 - Reacciones extrañas de ansiedad.
2. *Comportamiento social alterado:*
 - Conductas de desinterés y evitación.
 - Alteración de las relaciones con compañeros.
 - Trastornos en las relaciones afectivas / Ambivalencia intensa.
 - Falta de empatía y expresión de afectos hacia el otro.
3. *Alteraciones cognitivas:*
 - Irrracionalidad e ideas ilógicas.

⁹ Incidencia que seguramente se verá afectada por el fallecimiento prematuro de Donald Cohen y por la influencia que otros autores de su grupo ejercen sobre la política de consenso establecido para la DSM.

¹⁰ TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LEBOVICI S., COHEN D.J (1997), "Dysharmonies psychotiques" et "Multiplex Developmental Disorder": Histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p. 473-504. Comunicación personal de R. Misès.

- Irrupción de pensamiento mágico y neologismos.
- Repeticiones y desconexiones del pensamiento.
- Fallos en la diferenciación realidad-imaginación.
- Reacciones de perplejidad y confusión.
- Fantasías de omnipotencia y gandosidad.
- Hiperinvestimiento e identificación con personajes dotados de poderes imaginarios excepcionales.
- Identidad confusa (“Difusión de identidad”).
- Inquietudes paranoides.

Desde una perspectiva psicoanalítica, en una línea semejante a la de los trabajos de Otto Kernberg con el border-line adulto, es **Paulina F. KERNBERG** quién más atención ha dedicado, en la literatura anglófona, al tratamiento y comprensión de los trastornos de conducta y de la personalidad del niño, y en particular a la patología narcisista, borderline y antisocial (P.F. KERNBERG, 1991; P.F. KERNBERG y cols, 2000).

Una de las peculiaridades de su toma de posición es que ha insistido en que la psiquiatría americana reconozca la existencia de trastornos psicopatológicos de de la personalidad en el niño. Ha criticado la “ironía” de la respuesta habitual de las compañías de seguros responsables del pago de prestaciones sanitarias que, para negarlo sistemáticamente (“ese diagnóstico no esta incluido en nuestro listado informatizado para pacientes de esa edad”), se apoyan en que el DSM-IV no incluye ningún trastorno de la personalidad en la infancia y adolescencia (por definición, para el DSM-IV, todos se inician “al principio de la la edad adulta”, con una única matización respecto al trastorno de personalidad antisocial, que comenzaría “desde los 15 años”). De hecho, al ser el único sistema de diagnósticos “oficialmente reconocido”, funciona como lo que en nuestro país denominaríamos un auténtico “catálogo de prestaciones”.

P.F. Kernberg ha insistido en demostrar la evidencia clínica de que existen ciertos trastornos específicos de la personalidad que, ya en la infancia, permiten diferenciar a ciertos niños por sus rasgos, tanto de conducta y relación como intrapsíquicos.

cos, y que además persisten y condicionan su desarrollo ulterior, prolongándose a veces hasta la vida adulta, sobre todo en los casos no abordados con recursos terapéuticos específicos, que necesariamente deben incluir diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas, tanto con niños como con sus padres.

Su comprensión de la psicopatología borderline se basa en una visión del desarrollo desde la perspectiva de la interacción recíproca entre las relaciones objetales y su repercusión en la organización del aparato psíquico¹¹. Para ella hay una distorsión (y no una fijación) del desarrollo, viéndose afectados los procesos de separación-individuación, y por ello la consolidación del funcionamiento yoico (y la integración del superyo) y la estabilidad de la identidad. En consecuencia, fracasan al utilizar estrategias de afrontamiento –“*coping*”– inadaptadas (en otros términos: mecanismos defensivos ineficaces), que afectan tanto a las relaciones familiares (en particular a la interiorización de la imagen y función materna), como a las relaciones con sus compañeros, y a sus capacidades cognitivas, motoras y perceptivas.

También ha señalado, muy agudamente en mi opinión; cómo la actitud y concepción del terapeuta condiciona la elección del tipo de tratamiento y puede condicionar, incluso, el pronóstico clínico. Para ella es porque tendrá consecuencias clínicas, por lo que no da igual pensar que se trata de una fijación o de una distorsión del desarrollo; ni tampoco pensar que se trata de una inestabilidad pasajera o por el contrario estructural; o pensar que el borderline es un psicótico.

Y no es casual que introduzca estas cuestiones, aparentemente “conceptuales” al iniciar el capítulo del tratamiento. Por ejemplo señala que si alguien ignora que el niño borderline puede utilizar defensivamente su propia debilidad yoica y cree que se trata de un defecto yoico irreversible, provoca con su

11 Comprensión influenciada por las concepciones de Margaret Mahler y Edit. Jacobson.

expectativa negativa “una profecía autocumplida... al hacer inalcanzable para el niño la interacción terapéutica” (basta recordar aquí como ilustración clínica las situaciones frecuentes en las que un niño recurre a “hacerse el tonto” o a mostrarse incapaz para una tarea, por obvias razones relacionales tales como evitar una situación de fracaso o hacerse ayudar regresivamente).

P. Kernberg ha sintetizado las características técnicas y objetivos terapéuticos de la psicoterapia psicoanalítica con estos pacientes en los siguientes puntos, que a la vez le sirven de referencia esencial para comprender su psicopatología:

- esclarecimiento de límites y roles generacionales y sexuales;
- neutralización de los mecanismos de escisión;
- consolidación de la integración del Superyo;
- consolidación de las relaciones con sus compañeros;
- consolidación de la percepción objetiva de sus padres y de su capacidad autocrítica;
- resolución de conflictos pre-edípicos;
- atenuación de la ansiedad catastrófica, de las tendencias a la somatización y de la impulsividad.

Otro punto en el que esta autora ha adoptado una posición diferente de la habitual en la psiquiatría americana, es su comprensión del papel del temperamento en la estructuración de la personalidad. En lugar de limitarlo a un determinismo lineal directo, que une directamente lo biológico-genético a la expresión conductual, y apoyándose en aportaciones de otros autores de orientación psicoanalítica (STERN, 1985; AKHTAR y SAMUEL, 1996; FONAGY, 1997, 2002) que complementa con las de otros autores que han investigado en los mecanismos neurobiológicos cerebrales (DERRYBERRY y ROTHBART, 1997) describe la compleja interdependencia entre características temperamentales del niño (expresión emocional, características relacionales, sistema motivacional y de atención, ritmos biológicos), con las reacciones y actitudes que condicionan en su entorno relacional, y con el correlato de estas interacciones

tanto en el sustrato cerebral y en la organización de sus esquemas neurobiológicos, como en la correspondiente y complementaria interiorización psicológica (capacidad empática, estructuración del self y de la identidad básica, estrategias defensivas adaptativas –“coping”–).

En cuanto a su descripción y delimitación clínica de la personalidad borderline, señala la evidente semejanza y continuidad entre sus manifestaciones en el adulto y en el adolescente (muy próximas y fáciles de reconocer con la simple aplicación de los criterios DSM-IV: inestabilidad permanente en las relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo, y en los afectos junto con la impulsividad) y que “solo se diferencian por las complicaciones secundarias derivadas del transcurso vital (matrimonio, hijos, problemas de la parentalidad, etc.)”.

En cambio, se detiene más en las peculiaridades clínicas que presentan los niños borderline, dado su polimorfismo sintomático (que sólo encaja en las descripciones sintomáticas del eje I del DSM-IV, que no reconoce en su eje II ningún trastorno de la personalidad del niño) “caracterizado por una sintomatología múltiple y severa... que suele englobar múltiples síntomas neuróticos y trastornos de conducta” que la autora ilustra con un caso que “con criterios DSM-IV sumaría varios diagnósticos: ansiedad de separación, trastorno del desarrollo y trastornos varios (“mixed”) de la personalidad”.

Desde esta perspectiva, los criterios del eje I del DSM-IV obligarían a encajar la patología borderline en otros diagnósticos. Cabe subrayar la posición de esta autora, (coincidente con la nuestra): **«...sospechamos (en numerosos casos) una organización borderline de la personalidad en niños con déficit de atención-hiperactividad y con trastornos de conducta de tipo antisocial. Y también en casos diagnosticados de “ansiedad de separación”, “trastornos de ansiedad”, “trastorno esquizoide”, “mutismo selectivo”, “trastornos de identidad”, “trastornos disociativos” y “trastornos de la alimentación”...».**

Esta situación clínica le lleva a delimitar, tanto en la vertiente conductual como metapsicológica, las características estructurales específicas del trastorno, coincidiendo en sus puntos de vista, psicoanalíticos con mucho de lo que hemos visto en los autores europeos antes citados.

Antes de desplegar sus propios conceptos recoge lo descrito por otros autores americanos, que apoyan esta misma perspectiva (BEMPORAD y cols. 1982; AARKROG, 1981; KESTEMBAUM, 1983; LEICHTMAN y NATHAN, 1983; PINE, 1983; RINSLEY, 1980; VELA y cols., 1983) perfilando una delimitación del niño borderline y de sus rasgos diferenciales con el funcionamiento neurótico y psicótico.

Sus características más típicas, a partir de 28 variables establecidas por VERHULST (1984), serían: *ansiedad de inquietación, proceso primario de pensamiento, fluctuaciones del funcionamiento yoico, trastornos de la identidad, defensas primitivas, episodios micropsicóticos, funcionamiento ineficaz del superyo, peculiaridades del funcionamiento motor, activa e intensa fantasmaticación*¹², *discordancia entre capacidades y funcionamiento, fluctuación relacional entre actitudes de repliegue y de dependencia y apego.*

Señala también, siguiendo a BEMPORAD (1982), que el funcionamiento neurótico y psicótico son más predecibles y menos fluctuantes que el borderline y en consecuencia este diagnóstico exige con más frecuencia una observación clínica más prolongada, pues “sólo en el transcurso de una psicoterapia se evidencia su severa patología”.

Esta apreciación, en la que coinciden muchos terapeutas con experiencia plantea, a mi juicio, por lo menos tres cuestiones delicadas, con las que cierro esta revisión.

Una, metodológica (que afecta a la formación del clínico). ¿Qué trastorno es éste que sólo se puede confirmar en ciertas condiciones de observación? Sólo si ésta es suficientemente

12 Mantengo este término, en lugar de su correcta traducción “fantasía” y pese a incurrir en un anglicismo, por ser de habitual uso entre profesionales.

prolongada, y además centrada en el establecimiento y comprensión de una relación terapéutica, se desplegarán los mecanismos y conductas específicos de su psicopatología y, además, hará falta una amplia experiencia clínica para saber observarlos y diagnosticarlos.

Otra, ética (que afecta al tipo de abordaje terapéutico y a la organización de recursos sanitarios). ¿Cómo llegar a un diagnóstico certero sin comprometerse inevitablemente, ya en las entrevistas necesarias para el diagnóstico, en una relación terapéutica? ¿Y cómo salvar después el riesgo, yatrogénico, que una interrupción prematura, –tras un inicio de relación terapéutica y una movilización emocional y relacional intensas–, podría suponer en este tipo de personalidades?

Y una tercera, de serias repercusiones en la práctica clínica: la dificultad de asumir responsabilidades terapéuticas que van a facilitar la eclosión de una patología camuflada y “camaleónica” (de expresión variable en cada situación). Lo que es una necesidad terapéutica, –evidenciar ciertos fenómenos patológicos para que puedan ser elaborados, y la movilización emocional y de fantasías que conlleva–, puede ser vivido por la familia como un empeoramiento yatrogénico: “se pone peor cuando viene al tratamiento”... “cada vez que viene dice luego cosas más preocupantes”..., “sale demasiado excitado y se contiene peor que antes” o al revés... “antes parecía más animado y ahora más triste”. Todo ello exige imprescindiblemente un acompañamiento terapéutico, o al menos un asesoramiento paciente y sostenido, de los padres, con lo que se sobrecarga la dedicación terapéutica, –ya de por sí absorbente, comprometida, y a menudo incómoda y poco gratificante–, que estos niños necesitan.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Síntomatología y motivos de consulta

Precozmente (hasta los 3-4 años), suelen llegar inicialmente a las consultas pediátricas por presentar **trastornos funcionales diversos** (alimentación, sueño, control de esfínteres), y alteraciones propias **de un desarrollo disarmónico o retrasado** (psicomotricidad, lenguaje, y cognición: sobre todo dificultades para la expresión simbólica y la *capacidad de concentrar y mantener la atención*), acompañadas con relativa frecuencia de manifestaciones somáticas inespecíficas que denotan una **vulnerabilidad psicósomática** (asma, alteraciones dermatológicas).

Posteriormente (a partir de 4 a 6 años), y con frecuencia debido a sus **dificultades de adaptación escolar y en sus relaciones** con compañeros, comienzan a aparecer en los servicios específicos de salud mental, con motivo de sus **trastornos de conducta**, sea en la línea del *desbordamiento* y de la *inestabilidad/hiperactividad*, con episodios de euforia, rabia, explosividad, o por el contrario en la línea de la inhibición y la tristeza con actitudes de pasividad, repliegue y aislamiento.

Estas manifestaciones sintomáticas hacen que vengan acompañados de informes previos, o que lleven a diagnósticos posteriores, que mencionan la “hiperactividad” y el “déficit de atención,” la “inmadurez afectiva” y la “intolerancia a la frustración” o la “depresión”.

Las preferencias y referencias teóricas de los clínicos suelen llevarles a dar prioridad a ciertos diagnósticos. Entre los que prefieren los modelos más “biológicos”, actualmente la hiperactividad y déficit de atención se lleva la palma, aunque empieza a extenderse la inclusión del cuadro en la categoría de “pródromos de un trastorno bipolar”. Cosa que suele conllevar una elección terapéutica medicamentosa, que cabría esperar que no fuera la única acción terapéutica propuesta (las

consabidas anfetaminas y últimamente las sales de litio y otros “estabilizadores”... ¡administrados a niños de corta edad, en pro de la prevención de una eventual PMD ulterior!).

La aparición, en general algo más tardía (a partir de los 7-8 años), de **síntomas “neuróticos”** (*obsesiones y conductas ritualizadas, temores fóbicos, tendencias conversivas y su utilización regresiva e histriónica*), puede llevar a los clínicos más sensibles a modelos “psicodinámicos” a priorizar como opción terapéutica la psicoterapia individual, que además de ser una opción que implica un compromiso y un coste a largo plazo, también puede, pero no debiera, dejar de lado aspectos imprescindibles como el abordaje de los trastornos instrumentales y cognitivos o la dinámica y participación familiar (en las dificultades del niño y en su capacidad de superarlas).

La aparición, relativamente frecuente, de una situación de “*fobia escolar grave*”, con absentismo prolongado y con la connivencia de la familia que, tras un largo período de resignación más o menos inactiva, suele declararse incapaz de solucionar las cosas, ilustra bien la complejidad psicopatológica de estos cuadros y de su eventual resolución. La actitud de pasividad desafiante (“nosotros no podemos, así que a ver qué saben hacer ustedes”) suele encubrir sentimientos de fracaso y desvalorización vinculados a serias carencias personales y a problemáticas psicológicas importantes y cronificadas que afectan tanto al niño como a los restantes miembros de la familia, limitando sus recursos afectivos y sus capacidades racionales e impidiéndoles buscar salida a sus conflictos repetitivos (y además patógenos)¹³.

13 Diversos autores de orientación psicoanalítica, a la vez que critican la supresión de toda referencia a la “neurosis” a partir de la DSM-III, prefieren hablar en la patología límite de “emergencias neuróticas” (Misès) o de “aparición neurótica” (Bergeret), precisando con ello que las diferencian clínicamente de la “estructura neurótica” de la personalidad. También los terapeutas familiares han insistido en la imbricación entre distorsiones e interacciones familiares perturbadas y su repercusión en la interiorización de mecanismos psíquicos problemáticos y su emergencia en síntomas “neuróticos” diversos.

En cuanto a la **trayectoria asistencial** que estas manifestaciones sintomáticas condicionan, lo típico es que se multipliquen los contactos médicos (pediátricos, salud mental, otros especialistas) pero también escolares (orientaciones pedagógicas, ayudas psicoeducativas y reeducacionales) y con menor frecuencia sociales (ayudas familiares, carencias o psicopatología familiar).

A la larga y en un contexto de múltiples “diagnósticos” e intervenciones se va consolidando, tanto en el niño como en su familia, una sensación de “problema indefinido” que no se resuelve pese a la insistencia ineficaz de diversos profesionales (aunque no suele mencionarse la habitual discontinuidad con que la familia responde a las medidas propuestas ni las razones por las que habitualmente son más o menos rechazadas o dejadas de lado). Los profesionales implicados también suelen tener la sensación de problema de larga y desfavorable evolución, que habitualmente se pone en relación con la inadecuación, insuficiencia o la descoordinación de recursos y con la escasa implicación de la familia en las medidas propuestas.

El carácter “poliédrico” o “multiproblemático” de estas situaciones (problemas psico-pato-lógicos, limitaciones escolares y cognitivas, carencias “sociales”) exige mantener una difícil coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos, que no siempre están de acuerdo en cuanto a sus responsabilidades y posibilidades de intervención respectivas, contribuyendo con ello a la “dispersión” general de la situación.

Peculiaridades clínicas y dificultad del diagnóstico

Todo ello puede prolongar y acentuar las **peculiaridades clínicas** de este cuadro clínico, específicamente caracterizado por su *polimorfismo* y por su permanente *inestabilidad* (que no es lo mismo que decir que sea “indefinido” e “inconsistente” o, forzando un poco las cosas, “inexistente”).

Además es bien cierto que la heterogeneidad en las *diferentes agrupaciones de sus síntomas* (que además están *pre-*

sententes en otros cuadros diagnósticos), su *variación con la edad en el mismo sujeto* y su *diversidad evolutiva* tampoco ayudan a emitir un diagnóstico unívoco.

Hay que añadir también que su *vulnerabilidad a las pérdidas objetales* hace que, en función de las peripecias biográficas que afectan a sus relaciones significativas (en la familia, con amigos, con profesionales de la enseñanza o clínicos), pueden tener efectos estructurantes o desestructurantes que modifican el funcionamiento psíquico y su expresión sintomática.

También el frecuente acompañamiento de un *entorno familiar hiperadaptado* con una *actitud protectora y minimizadora* de las dificultades del niño (casi siempre basada en una inconsciente fusión parento-filial, por necesidades narcisistas e idealizaciones mutuas, y una confusión-aglutinación, por imposibilidad de soportar separaciones y diferencias) hace que la *sintomatología*, ya de por sí dispersa, queda además así *camuflada* y da lugar a *formas clínicas "menores" o paucisintomáticas latentes*, o al menos inalcanzables para nuestros dispositivos de salud mental, hasta la pubertad. Misès insiste, con razón, en una de las variantes de esta evolución clínica –que aunque las vemos de cuando en cuando, son difíciles de olvidar–, la *explosión, "sin antecedentes", de descompensaciones psicóticas brutales en la adolescencia*, que como consecuencia de la imposibilidad de asumir los cambios que ésta impone, afecta a los niños límite, que previamente se ocultaban bajo la apariencia, organizada en un "falso self", de sumisión y adaptación a un entorno familiar hiperprotector.

Tampoco es de extrañar, que con estas peculiaridades clínicas, se produzca la *superposición de diagnósticos* con otras entidades clínicas.

El propio Misès menciona que la patología límite tiene *aspectos comunes* con manifestaciones depresivas y psicósomáticas, trastornos graves de la conducta y cuadros de abandono y además es una *estructura psíquica englobadora* de otros diagnósticos: patologías narcisistas y anaclíticas, perso-

nalidades “falso self” y “esquizoides”, disarmonías evolutivas graves, ciertas “pre-psicosis” o “para-psicosis”.

Bergeret ha señalado (en el adulto) el parentesco de la patología border-line con ciertas patologías del carácter y comportamientos perversos, con ciertas depresiones y enfermedades psicosomáticas, y con la “neurosis de abandono” de G. Guex, y también (en el niño) con la “depresión anaclítica” de Spitz y con la evolución de los niños “simbióticos” descrita por M. Mahler.

También, como ya se ha señalado, Palacio-Espasa ha mostrado especial interés por aclarar la relación entre el funcionamiento límite y la conflictiva depresiva y a desarrollar su concepto de conflicto y funcionamiento “paradepresivo”.

Comprensión estructural versus clasificación diagnóstica. La cuestión de las comorbilidades: ¿es posible una convergencia de las perspectivas psicoanalítica y cognitivista?

Todas estas matizaciones clínicas pueden parecer una complicación para quien trata de tener diagnósticos netos y claros que delimitan, sin discusión y sin necesidad de prolongadas observaciones clínicas, un conjunto de síntomas que constituyen una entidad gnosológica diferenciada. Es la apuesta por la homogeneidad diagnóstica propiciada por las sucesivas versiones de la DSM.

Como resultado de ello, la psiquiatría americana predominante en la actualidad, plasmada en la propuestas diagnósticas del DSM-IV, no considera el concepto de patología “border-line”, ni el diagnóstico de tal personalidad, en el niño. En cambio a través de su concepto de “comorbilidad”, que permite diagnósticos sintomáticos múltiples, está multiplicando la descripción de casos, que engloban varias de las superposiciones diagnósticas citadas. De esta manera, lo que se individualiza y separa, por razón de necesidades conceptuales que buscan la homogeneidad y separabilidad de los diagnósticos, vuelve a

aparecer reunido e intrincado en la tozudez de los hechos clínicos, que parecen dar la razón a quienes sostienen la complejidad e intrincación de los fenómenos psicopatológicos.

Especialmente interesante es que el cuestionamiento a los límites excesivamente estrechos del DSM-IV, desde los propios autores americanos que defienden su utilización, se esté basando precisamente en su confrontación con la complejidad clínica de los trastornos en los que la hiperactividad y los trastornos de atención empiezan ya a ser vistos como un “síndrome” o un “espectro” que engloba trastornos diferentes y que exige un análisis diagnóstico complejo y respuestas terapéuticas diversas. Esta situación empieza a cuestionar radicalmente la versión simplista que la veía como una entidad propia, con etiología y tratamiento unívocos y que estaba y sigue siendo importada como “de evidencia científica”.

Resulta fascinante, desde una perspectiva psicopatológica estructural, la lectura de algunas de las publicaciones recientes de la literatura americana, y en particular de una reciente recopilación de trabajos de selectos y expertos clínicos sobre la cuestión de los trastornos de la atención (T. E. BROWN, 2003).

Nos cuentan estos conocidos y reconocidos investigadores, en la introducción de este libro y con una actitud autocrítica admirable, sus grandes dificultades para encontrar *“personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no complicado”*. Y añaden que (en una reunión de expertos): *“asintieron con la cabeza cuando alguien comentó la ironía de que **la mayoría de los estudios de investigación se centran en casos “puros” de TDAH, mientras que el TDAH de la mayoría de los niños, adolescentes y adultos atendidos en nuestras prácticas clínicas aparecía complicado por comorbilidades múltiples**”*.¹⁴

14 Resulta curioso que no se cite en este texto a otros autores, también anglosajones, que ya se habían planteado la misma cuestión hace tiempo (¿Hay un síndrome de hiperactividad pura?, August y Stewart, 1982) aunque quizás se deba a la actual tendencia a citar sólo las publicaciones “más actuales”.

Criticar que durante años se ha descrito el *“habitualmente conocido como trastorno por déficit de atención con hiperactividad... su evaluación y su tratamiento...”* como *“...algo que parecía relativamente simple”*. Actualmente piensan que *“...afecta a un sector de población más amplio que el de los niños que son hiperactivos”* y que *“incluye alteraciones crónicas en funciones cognoscitivas que son esenciales para una adaptación... en la escuela, el trabajo, las relaciones familiares y sociales...”* y su gravedad puede extenderse *“...desde baja tendencia a la frustración y bajo rendimiento crónicos hasta una incapacidad absoluta para completar la enseñanza, conservar un trabajo o mantener una relación afectiva”*. Y siguen: *“cada vez más los investigadores están reconociendo que los síntomas de desatención se superponen con las “funciones ejecutivas”... que desempeñan papeles críticos y complicados en la integración, regulación y organización de la actividad mental”... “la persistencia del término hiperactividad en el nombre de este trastorno puede resultar engañosa”... “el término trastornos (en plural) por déficit de atención –TDA– se utiliza... para subrayar el carácter nuclear de las alteraciones de la atención, con o sin hiperactividad ...y para... acentuar la diversidad de formas en que se manifiestan...”*.

Parece claro que el interés de estos autores se desplaza de la descripción “simple” del trastorno a lo que tiene de nuclear. En otros términos, de los síntomas, y en particular de sus manifestaciones conductuales, a lo cognitivo, o en otros términos al funcionamiento psíquico y, apurando aún más, de la fragmentación en un diagnóstico a la comprensión estructural. Movimiento conceptual justamente opuesto al que determinaba la ideología del DSM.

No parece ésta una deducción abusiva si seguimos leyendo en la introducción de su libro: *“...los TDA son complejos, no sólo por las abigarradas funciones cognoscitivas alteradas, ...muy a menudo resultan más complicados a*

causa de las comorbilidades”... “El término comorbilidades se refiere a otros trastornos psiquiátricos que afectan a un individuo concurriendo con su diagnóstico primario... muchos estudios han encontrado que más de un 50% de las personas –con TDA– ...también satisfacen los criterios de uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales” ...“los trastornos comórbidos pueden enmascarar o ser enmascarados por síntomas de un TDA ...y complicar el proceso diagnóstico... también pueden complicar seriamente el proceso terapéutico” ...“para evaluar a una persona con TDA no es suficiente con practicar sólo una evaluación de los posibles síntomas de TDA”.****

Luego el libro dedica diez capítulos a la “**descripción de los trastornos psiquiátricos observados frecuentemente como comórbidos con TDA**” (entre otros: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, del aprendizaje, conducta negativista-desafiante, disocial con agresividad, obsesivo compulsivo, del sueño, consumo y abuso de sustancias, tics y trastornos del desarrollo de la coordinación).

La toma en consideración de lo abigarrado de estos hechos clínicos lleva a los autores, y en particular a BROWN (ver obra citada págs. 3-45), a una “**actualización de los trastornos por déficit de atención y sus comorbilidades**” en la que proponen que “**posiblemente un próximo paso útil podría ser simplemente el cambio de nombres de estos diagnósticos**”. La razón es que: “**en el actual sistema de diagnóstico (DSM-IV) no hay ninguna categoría diagnóstica que delimite la amplia gama de alteraciones cognoscitivas asociadas al amplio espectro de síntomas de desatención del TDAH**”. Se refiere en particular a “**alteraciones crónicas de las funciones ejecutivas y de la memoria de trabajo, con o sin hiperactividad-impulsividad acompañante... alteradas desde el inicio de la vida... cimentadas en el desarrollo**”. Y sugiere ni más ni menos que: “**cara a nuevas ediciones del manual diagnóstico, se podrían utilizar**

términos como **“trastorno de la función ejecutiva”, “trastorno del control cognoscitivo” o “trastorno cognoscitivo evolutivo”**.

Respecto a esta “función ejecutiva” y en cuanto a la posible equivalencia, o por lo menos a la evidente convergencia, de estos puntos de vista con la comprensión psicopatológica estructural, podemos aún leer y subrayar. **“...los problemas fundamentales (en el TDAH) residen en la autorregulación y en que el TDAH está mejor concebido como una alteración del procesamiento cognoscitivo de orden superior... este concepto en un principio parece extraordinariamente abstracto, pero resulta ilustrado con sencillez en la variabilidad situacional de los síntomas”**. **“Las funciones (prestar atención, organizar, recordar) permanecen intactas; simplemente no responden al procesamiento de orden superior... La función ejecutiva es sólo un nombre para aquellos sistemas cerebrales de orden superior que activan, integran, coordinan y modulan otras funciones cognoscitivas”**.

Alineándose con los muy numerosos autores americanos, que han cuestionado las “limitaciones del diagnóstico categórico” propuestas por las clasificaciones diagnósticas, opina (citando a SKODOL Y OLDHAM) que: **“la idea de que las más de 200 categorías del DSM-IV representan trastornos con etiologías y mecanismos patogénicos distintos es claramente ingenua y la investigación se está dedicando a trastornos psicopatológicos más fundamentales”**. Se apunta también que **“el TDA puede no ser una única entidad... y ser un nombre para un grupo de trastornos con diferentes etiologías y factores de riesgo, así como diferentes desenlaces clínicos, más que una entidad clínica homogénea”** (BIEDERMAN y cols., 1992). Por ello **“cualquier esfuerzo por encontrar un mecanismo común, tanto si es anatómico como puramente psicológico, parece condenado al fracaso en la medida en que tratamos los síntomas superficiales como fenómenos unitarios en vez de como procesos de los múltiples componentes que realmente son”**. Cita aquí a

CONNERS (1997), autor muy conocido por sus cuestionarios para evaluar la hiperactividad..., utilizados en nuestro país ¡exactamente en la línea contraria de lo que propone su autor!).

Aunque como era de esperar dadas las características de la cultura e ideología psiquiátrica predominante en USA, no hacen alusión alguna a términos relativos a lo intrapsíquico o al funcionamiento mental, cabe preguntarse si los “procesos cognoscitivos complejos” que proponen no son equivalentes y si los “trastornos psicopatológicos más fundamentales” no coinciden con la psicopatología estructural propuesta por los autores psicoanalíticos.

En cualquier caso describen un **“actual cambio de paradigma”** en el que *“partiendo del antiguo concepto (del trastorno de atención-hiperactividad) como un simple trastorno del comportamiento perturbador limitado a la niñez”* se ha avanzado **“hacia una consideración** (de los TDA, ahora sin H) **como conjuntos complejos y polifacéticos... de alteraciones evolutivas complejas de las funciones ejecutivas cerebrales”**. Y añaden: *“...el propósito de destacar la multiplicidad de formas (clínicas de los TDA) es un intento de contrarrestar a quienes tienden a hablar en términos simplistas como si se tratase de un trastorno unitario”*.

Como no podía ser de otra manera, a la hora de esbozar **hipótesis etiopatogénicas**, además de aludir a los aspectos evolutivos, también apuntan a “la asombrosa complejidad, inventiva y posibilidad de interconexión del cerebro humano”.

En cuanto a la **articulación de lo neurobiológico y lo ambiental** señalan la *“investigación muy escasa dedicada al papel de los estresores y apoyos ambientales pueden desempeñar en la conformación y el curso de las alteraciones”* y que se pueden *“empezar a encauzar estas cuestiones”* considerando *“en los modelos contemporáneos de enfermedad psiquiátrica... la importancia de estresores y factores protectores ambientales interactuando con la vulnerabilidad genética”* (MAZURE y DRUSS, 1995) y citando estudios que describen como **“las interacciones ambiente-neurotransmi-**

sor... determinan circuitos neuronales, la neurofisiología y la neuroquímica cerebrales a lo largo del desarrollo (ROGENESS Y MCCLURE,1996).

Con todo lo cual nos podemos preguntar si no anuncian un cambio en el actual paradigma del modelo “médico-biológico”, dominante en la psiquiatría anglosajona, y vuelven a una idea totalmente opuesta a su versión particularmente reduccionista, tan de moda estos últimos años, con la que lo han llevado a un callejón sin salida (“unos síntomas, una enfermedad, una etiología, un tratamiento”). Callejón en el que nunca quiso encerrarse una psiquiatría más preocupada por su tradición centrada en la psicopatología y en la complejidad del funcionamiento mental y del sujeto, así se trate de un niño o más bien precisamente por ello.

Descritas en detalle las peculiaridades clínicas y las diferentes perspectivas teórico-clínicas desde las que pueden abordarse, es inevitable comentar y subrayar, desde la perspectiva de este artículo y porque ha sido el factor motivador para escribirlo, la gran frecuencia con que en nuestro medio, hemos podido confirmar el diagnóstico de una personalidad border-line, en niños antes o después diagnosticados también de hiperactividad, casi siempre asociada con un déficit de atención y también con las denominadas “conductas de oposición” (y que posteriormente, si a sus dificultades de adaptación familiar escolar y social, se añaden encuentros con otros preadolescentes problemáticos, con los que se identifican masivamente, son los que terminan con el calificativo de “anti-sociales”).

Vemos que, desde varias vertientes, se plantea una importante cuestión clínica, la del diagnóstico diferencial con otras entidades (que abordaremos tras finalizar la descripción clínica) y que, por juzgarlas inseparables, irá asociada a la descripción de las líneas evolutivas.

Las manifestaciones clínicas en un contexto relacional

Ya he insistido previamente en que sólo en un marco de relación continuada pueden observarse y diagnosticarse en toda su amplitud los fenómenos clínicos específicos del funcionamiento border-line. Solo un seguimiento clínico prolongado permite el despliegue de los fenómenos que describimos a continuación y su abordaje, que puede ser terapéutico y/o educativo, y que, en opinión que compartimos con otros muchos, debe incluir ambos en forma compartida¹⁵.

1. Fallos en los procesos precoces de apoyo y contención maternal (y paternal). Carencia de modelos de interiorización e identificación. Déficit de la capacidad de autocontención.

Aunque a menudo están presentes en forma clara en la anamnesis del niño (disociación familiar, separaciones, internamientos, hospitalizaciones), y otras veces aparecen más discretamente banalizados o silenciados en el relato parental (conflictos familiares, depresión materna, enfermedades, maltrato directo y manifiesto o camuflado en formas diversas de desatención), casi siempre se termina confirmando la existencia de discontinuidades, distorsiones y carencias en los cuidados maternos precoces (y en las relaciones que posteriormente provocan).

Como consecuencia se producen fallos en los procesos precoces de apoyo y contención maternal (y paternal), groseros o sutiles, que, padecidos ya en las interacciones de la crianza, repercuten en la interiorización de sentimientos fundamentales de inestabilidad e inseguridad, que a su vez condicionan serias dificultades para mantener el equilibrio y bienestar narcisista. La insuficiente interiorización de buenas

¹⁵ Esta descripción clínica recoge y desarrolla muchos de los aspectos descritos por Misès, a lo largo de su prolongada experiencia y de sus publicaciones, que nos han ayudado mucho en nuestra formación y práctica clínica y en sus desarrollos asistenciales.

experiencias “con un buen objeto” condiciona un sentimiento de desvalorización (del “no me han dado nada, no valgo nada para nadie” se pasa al “no tengo nada bueno, no soy capaz de nada”). Este déficit en la regulación de la estima de sí mismo afecta también masivamente a la confianza en sus capacidades y en particular en sus mecanismos de autocontención (“Piel psíquica” de D. Anzieu). El resultado es la dificultad de integración de sus impulsos y el sentimiento permanente de desbordamiento por exceso de tensión interna que da lugar a la evacuación brutal de afectos; en una “expulsión liberadora”, con frecuencia motriz, y sin ligazón con representación verbal alguna (“hacen pero no dicen” “pasan al acto sin explicación”).

A su vez esta “incapacidad de controlarse” aumenta, hasta hacerlos insoportables, sus sentimientos de inadecuación y fracaso y su culpabilidad por sus tendencias “disruptivas” (en un lenguaje más “pulsional”: agresivas, destructivas y por tanto “antieróticas”, en el sentido de que dificultan vinculaciones cargadas de afectos positivos). La multiplicación de experiencias relacionales “incontenibles” e “incontenidas” imposibilita los mecanismos psicológicos de reparación y reconciliación (“nadie me contiene” “nadie me entiende” “nadie me quiere”... lleva a... “nadie espera nada bueno de mí”... y a “no puedo querer a nadie, no espero nada de nadie” y correlativamente “tal y como soy ,no puedo quererme” o en el lenguaje que oímos al propio niño “¿por qué siempre la tengo que cagar?”).

Además la tensión que supone el no poder soportar afectos y emociones internas “incontenibles” explica la tendencia permanente a utilizar mecanismos defensivos arcaicos para “librarse” de ellos, en particular la negación y la escisión y la proyección al exterior, para no padecerlos “dentro de sí” (y como resultado: “todo lo que me pasa es culpa de alguien”... “siempre me están buscando y al final me encuentran”).

Pese a ello, o quizás también gracias a estos mecanismos, y a diferencia de los psicóticos, mantienen capacidades adaptativas relativamente eficaces para intentar restablecer vínculos

que les protejan y que pueden camuflar limitaciones múltiples. Sin embargo, la discontinuidad e ineficacia de estos mecanismos, les obliga, por la necesidad apremiante de combatir angustias intensas, a buscar a la desesperada relaciones de satisfacción inmediata, destinadas a un “relleno” de su vacío interno, pero que no favorecen la autonomía, ni el acceso a instrumentos simbólicos que les permita controlar su intensa vida fantasmática.

Suelen hacerlo, por ejemplo a través de mecanismos de escisión y organización de un “falso self” adaptativo, conformista y complaciente; pero en general persisten mecanismos mágicos y prelógicos de relación que idealizan esperanzas de relaciones (anaclíticas y narcisistas) en las que el otro atiende y satisface inmediatamente todas sus necesidades (ansiedad oral), y que explican la inestabilidad y oscilación relacional desde la euforia y control maníacos (para fusionarse con un objeto ideal) a la rabia y desesperación ligadas a profundos sentimientos de tristeza-depresión y abandono, y proyectadas sobre el objeto “abandonante” desvalorizado y despreciado (“lo quiero todo y lo quiero ya”... “y si no me lo das es porque me odias” ...o “te odio porque nunca me das lo que necesito..., y... no me vas a engañar distrayéndome con promesas de otra cosa”).

2. fracasos en el registro transicional. Insuficiente espacio y elaboración mental. Déficit de mecanismos de sustitución simbólica.

Siguiendo a Winnicott y su concepto de “area y actividades transicionales”, –que describe, en el desarrollo psíquico favorable, el paso de una fase de ilusión omnipotente a un proceso de desilusión progresivo, favorecido por una adecuada actitud materna, que posibilita la creación y “apropiación” de objetos subjetivos “transicionales o intermediarios”¹⁶, que reemplazan a la madre ausente–, puede comprenderse la patología límite como resultado del fracaso de este proceso.

Incapaz de elaborar y poseer objetos internos “transicionales” y del placer mental que su creación y utilización conlleva,

el niño sigue enganchado al objeto real, a la presencia permanentemente de la madre. En esta dependencia extrema, que siempre provoca decepciones muy dolorosas, sólo puede: o defenderse activamente del sentimiento de intrusión e invasión (inseparable de la necesidad apremiante de su presencia, vivida como imprescindible, pero también imprevisible y “caprichosa”) rechazando bruscamente la relación; o sencillamente negarlo, tratando de ignorar su intenso sentimiento de dependencia y la importancia de la presencia del objeto, del otro¹⁷ (pero arrastrando una anulación de la capacidad de expresar, verbalizar y matizar sus afectos y con ello un sentimiento de vacío interno imposible de comunicar).

La incapacidad de tolerar y elaborar la ausencia, y de consolarse con objetos y actividades (transicionales) sustitutivas, que además tampoco son reconocidas ni estimuladas por el entorno, lleva a la “imposibilidad de jugar sólo en presencia del otro” descrita por Winnicott (es decir la imposibilidad del placer del funcionamiento mental ligado a la elaboración y sustitución simbólica).

Esta incapacidad de separarse, es resultante y equivalente de una desaparición-destrucción de la función tranquilizadora de la presencia maternal. La imposibilidad de sustituir al objeto ausente se explica porque separación es un sinónimo y una condensación de agresión (recíproca) y destrucción (mutua). Y la interiorización de un objeto amenazante supondría incluir un elemento perturbador (perseguidor) en la mente. Por eso la

16 Winnicott elige el adjetivo “transicional” porque la creación de estos objetos y su utilización, tiene lugar en un espacio “intermediario”, situado entre la presencia y la ausencia materna, entre el día y la noche, entre la realidad externa y la ilusión subjetiva y porque permite articular su manejo y manipulación física con su incorporación y vinculación con la fantasía.

17 No preciso a lo largo del trabajo los múltiples aspectos y significados de la noción psicoanalítica de “objeto” (parcial y total, interno y externo, real o fantaseado, persona objeto de amor y odio, etc.) por entender que los lectores habituales están de sobra familiarizados con el término y deducen su significado a partir del contexto en que se utiliza.

tendencia a un excesivo apego a la figura materna, a través de su idealización desmesurada, que pretende, escindiéndola, liberarla de sus aspectos amenazantes.

Estos fenómenos mentales, y su correlato en el desarrollo y en el comportamiento que marca los procesos de separación y autonomía, se explican porque la incapacidad para crear un espacio potencial intermediario entre su mundo interno y la realidad externa (espacio transicional de Winnicott), no le permite metabolizar los imprevisibles estímulos externos, –y con ello distanciarse y protegerse de sentirse perplejo, invadido o atacado “desde fuera”–, ni adaptar y matizar la expresión de sus pulsiones y fantasías a las expectativas reales de su entorno, habitualmente sorprendido por la impulsividad y la “inadecuación” de las expresiones emocionales y afectivas descontroladas del niño border-line.

3. Defectos en la elaboración de la posición depresiva y dificultades en los procesos de separación-individuación. Vulnerabilidad a la pérdida objetal. Hipersensibilidad a la dependencia.

En la medida en que no ha conocido el ejercicio de la función de contención materna, tampoco la puede interiorizar. Sometido así al riesgo de sentirse desbordado por el exceso de tensión interna e incapacitado para ligar y transformar afectos y emociones en representaciones simbólicas, expresables a través del lenguaje, los exteriorizará a través del cuerpo y la acción. Esta incapacidad de transformación y regulación del proceso primario en secundario, le lleva a desgastarse y agotarse en el control y dominio de los objetos externos, en detrimento de sus capacidades de interiorización y de acceso a un espacio mental intermediario. No hay por tanto mecanismos que permitan soportar el alejamiento materno, y no son posibles ni la creación de objetos “transicionales” de consuelo sustitutos, ni la de una representación mental tranquilizadora que permita esperar tranquilamente la vuelta de la persona ausente (permanencia de objeto).

Correlativamente, dificultados así los movimientos de separación-individuación, quedarán caracterizados por una marcada **vulnerabilidad a la pérdida objetal** que se manifiesta en la *hipersensibilidad a decepciones y separaciones*.

Su tendencia al apego fusional con un objeto maternal desmesuradamente idealizado y el deseo de incluirse y protegerse en su interior, se acompaña del pánico a sentirse invadido y poseído por un objeto tan poderoso (figura maternal englutidora). La oscilación permanente y el escaso margen entre la angustia de intrusión y la amenaza de vacío interno suele traducirse por la repetición desesperante de *conductas de apego regresivo que buscan experiencias de fusión-inclusión* (saltar sobre alguien, arrollarle hasta meterse y protegerse dentro del cuerpo... “materno”, buscando caricias corporales y satisfacciones regresivas tales como acaparar con voracidad todo tipo de “alimento”) seguidas –ante la reacción habitualmente huidiza o evitativa de la persona “receptora”– de *explosiones de rechazo agresivo*, a menudo seguidas de *estupor y desconcierto masivos* (“destrucción” del objeto y de sí mismo, “olvidame y muérete ya”..., “lárgate y deja de comerme el tarro”).

Por eso suele ser muy frecuente en su juego (dibujos, juego de roles) y en su conducta, la aparición de imágenes maternas todopoderosas, caprichosas, englutidoras y devorantes y su contraste con figuras paternas amenazadas, inconsistentes, débiles pero vengativas. A menudo en la convivencia diaria se plasman en bruscos insultos y acusaciones, dirigidos a compañeros o a adultos (“gorda, ballenato, chupapollas” / “cagao, pichalánguida” y otras lindezas) y también con el desarrollo grotesco de identificaciones masivas con tales personajes (“mirar como hago el putón” “ahora te acojonabas como un mariquita”).

Esta temática da la impresión de una problemática edípica típica, pero su carácter inestable, su impregnación de fantasías agresivo-destructivas, evidenciada por la emergencia frecuente

de “ecuaciones simbólicas”¹⁸ y la persistencia de momentos de confusión fantasía-realidad, que invade su capacidad de percibir ésta objetivamente, obligan a calificarlas de “psudoedípicas o pseudoneuróticas”. (Por ejemplo el niño que no percibe a los adultos, hombres y mujeres, del centro de día como sustitutos de figuras parentales, y en vez de interiorizar su significado de terceros excluyentes y fantasear y curiosear posibles relaciones entre ellos, les acusa directamente y les insulta soezmente por cometer supuestas obscenidades sexuales, en un tono mitad maníaco y “de broma” y mitad rabioso y cargado de intensos sentimientos de abandono).

Insistiendo en la incapacidad para acceder al carácter estructurante de la triangulación edípica y siguiendo aquí las concepciones del desarrollo habitual del psiquismo de Melanie Klein, (necesaria escisión del objeto en bueno y malo –posterior **integración de los sentimientos ambivalentes de amor y odio en la posición depresiva**– necesidades de reparación y recurso a defensas maníacas para protegerse de las angustias depresivas), proceso que para que transcurra favorablemente necesita la buena cooperación de la función maternal, Misès sostiene que son las fallas precoces (“pregenitales”) de este proceso las que condicionan la vulnerabilidad a la pérdida objetal, para él una de las características estructurales fundamentales de la patología límite.

Para el niño, sus movimientos hacia la autonomía suponen, tanto para él como para su madre, una intolerable amenaza de destrucción mutua. Es así porque la persistencia de mecanismos arcaicos de escisión, imposibilita tolerar la ambivalencia y hace equivalentes alejamiento y agresión, separación y destrucción, ausencia y muerte. Sólo en la proximidad perma-

18 Término que propuso Hanna Segal, describiendo la dificultad para separar el símbolo y lo simbolizado y al desaparecer la distancia propia del desplazamiento simbólico, la confusión entre fantasía y realidad (con lo que las personas y situaciones externas adquieren, como en las pesadillas, características fantasmagóricas).

nente, sin decepción ni insatisfacción alguna, es posible la supervivencia de ambos.

Esta exigencia recíproca, y fusional, de relación ideal, gravita sobre el frágil equilibrio narcisista e impide todo movimiento de oposición, separación y autonomía, porque generan la activación de sentimientos y fantasías de destrucción y obligan a un férreo ejercicio de represión pulsional y un intento, imposible, de controlar cualquier emergencia de fantasías agresivas que, ni integradas, ni toleradas, son “expulsadas” del psiquismo (y como M. Klein postuló “proyectadas” y convertidas en amenaza “exterior”). La amenaza de caer así en sentimientos depresivos muy dolorosos (tristeza, dependencia, aniquilación - destrucción - separación) explica la tendencia persistente a evitarlo con mecanismos defensivos maníacos, que a través de la euforia los nieguen, tratando, sin lograrlo, de suprimirlos.

La conducta activa que trata de acaparar, imponerse y controlar al otro en forma omnipotente y maníaca, provoca, en el adulto, contraactitudes de protegerse y evitar sentirse invadido, que le dificultan el percibir que se trata, para el niño, de una defensa ante sentimientos profundos de depresión - vacío - abandono - desvalorización. Además, al estar impregnados de sentimientos de agresión y destructividad, el niño añade proyecciones “psicopáticas” atribuyendo al otro desconfianza y maldad injustas y caprichosas y merecedoras de actitudes reivindicativas y vengativas (“antes de que me la juegues, te la juego yo a ti”).

En consecuencia, y en la observación clínica lo vemos, se produce un apego fusional indiferenciado entre el niño y su madre-familia, que “como una piña” (negando y escindiendo toda dificultad interna y multiplicando la ilusión de controlarse y poseerse permanentemente) se defienden y protegen mutuamente de toda amenaza exterior. Esto explica su sistemática desconfianza y su hipersensibilidad hacia propuestas de intervenciones (sociales, escolares, terapéuticas) que pese a sus buenas intenciones, -que por impaciencia pueden transfor-

marse en precipitaciones intrusivas—, despiertan reacciones, tanto del niño como de su familia, que van desde el desinterés o el rechazo activo y explícito, hasta las actitudes paranoides que a veces llegan a ser delirantes.

4. Fragilidad en el equilibrio narcisista. Organización patológica de defensas narcisistas.

La patología narcisista ocupa, para Misès como para muchos otros autores¹⁹, un lugar central en el funcionamiento límite (con lo que muestra muy claramente que en su concepción, que él diría de la “psicopatología” más que de la “personalidad”, no se interesa por las necesidades diagnósticas de aislar y clasificar los fenómenos clínicos).

La incapacidad materna para investir al niño como objeto real, distinto de su objeto imaginario, y diferente de sí misma, le obliga a escindir en su percepción del niño todo atisbo de identidad propia o de aspiración personal. Desprovisto de este aporte de reconocimiento materno, este “no soy nadie para ella”, “nada de lo mío es percible”, crea un “defecto fundamental” en los cimientos narcisistas, en la capacidad de amarse y valorarse a sí mismo.

Al desconocer las experiencias de reparación y restauración (de sus penas y limitaciones) y de reconciliación, tampoco aprenden a ejercer estas funciones sintiéndose desprovistos de valía y de capacidades básicas de relación.

La emergencia de este vacío interno, del sentimiento de discontinuidad o de inexistencia de sí mismo (“self blanco” de Giovachinni), de “no saber ni cómo, ni quién soy”, la ausencia

¹⁹ J. Manzano propone (en: “La dimensión narcisista de la personalidad”; Pendiente de publicación) incluir una “dimensión narcisista” como parámetro permanente en la comprensión y evaluación del desarrollo de la personalidad normal y patológica. También, conjuntamente con F. Palacio-Espasa, un “modelo multiaxial” del narcisismo (en: “Narcissisme paranoïde et narcissisme depressif: un modèle multiaxial du narcissisme”; pendiente de publicación, comunicación personal).

de una identidad propia, genera una inseguridad e inestabilidad permanentes y un sentimiento de desvalorización. Este insufrible “no ser nada para nadie” obliga a un incansable esfuerzo para dotarse de otra imagen, para sí mismo y para los demás.

Ciertos niños intentan “borrarse”, hacerse invisibles, pretendiendo no buscar ni esperar reacción o empatía alguna y evitarse así nuevas decepciones. Las actitudes de inhibición, de pasividad y renuncia, o la negativa a participar, no evitan, sin embargo el sentimiento de desvalorización, cercano a la depresión. Otros niños, o estos mismos en otros momentos, optan por tratar de controlar activamente todo movimiento o actividad de su entorno. La fanfarronería, la arrogancia y el menosprecio del otro, suelen conformar una actitud megalómana (“Self grandioso” de Kohut), que moviliza actitudes contratransferenciales inmediatas, que nos dificultan el ver en estas actitudes necesidades defensivas de auto-protección.

La necesidad de mantenerse a la altura de este Yo ideal desmesurado explica la tendencia a identificarse con personajes todopoderosos (pudiendo llegar a fundirse y confundirse con los roles grandiosos de estos, hasta “terminar creyéndoselo”. Por ejemplo: Supermán o algunos de los muchos personajes con poderes mágicos de películas y sobre todo de los videojuegos. También explica su habitual tendencia a establecer relaciones imitativas y especulares que tratan de copiar, hasta hartarle, a alguien que eligen como modelo, para “ser como él”. Esta persistencia patológica de la omnipotencia infantil (“yo soy él”), impide su transformación en ideales del Yo más asequibles (“me gustaría ser o hacer como él”), que permitan proyectos más realistas.

Las necesidades narcisistas parentales, que también tienden a proyectar en sus hijos grandes aspiraciones, –irrealistas e inalcanzables–, para combatir sus propios sentimientos de profunda desvalorización, no facilitan que las figuras del padre y la madre puedan servirles como modelos de identificación e imitación, –realistas, aceptables y asequibles–, que orienten las

motivaciones filiales (lo que les aleja de la problemática edípica y de las conflictividades neuróticas asociadas a ella).

La persistencia de elementos superyoicos más arcaicos, exigentes y sádicos, en los padres (tendencia “perseguidora” a la crítica severa y destructiva, y a exigencias desmesuradas, que se condensa en un “no vales-valgo para nada”) sobrecarga y dificulta los procesos de identificación del niño con ideales más tolerantes y tolerables y tiene como resultado la carencia de interiorizaciones superyoicas protectoras y flexibles (“si me esfuerzo podría ser capaz de aprender”). Al ser imprescindibles para determinadas adquisiciones psíquicas (entre otras: sentido adecuado del deber o de su propia valía; capacidad para el esfuerzo ajustado y de logros alcanzables con sus capacidades y limitaciones; tolerancia para sublimar su curiosidad y permitirse investigar temas que desconoce), su obstaculización impide también el poder concebir e investir la actividad mental como instrumento de placer.

Por el contrario, la sumisión y el mimetismo con los ideales megalómanos, lleva a imitar y a construir en forma ficticia, aparentes conocimientos y capacidades, “aprendidos” en la repetición y la rutina, –más por lo que tienen de “reconocimiento por hacer bien lo que debes” que por la curiosidad e interés que suscitan–, y a la estructuración de un “falso self”, que desconoce su propia identidad, negando en particular todos los aspectos relativos a sus dificultades y conflictos (por ejemplo repitiendo monótona y estereotipadamente frases hechas aprendidas como letanías).

Queda de esta manera inerte ante cualquier situación que, cuestionando sus apariencias, deje en evidencia sus limitaciones. El resultado es la tremenda hipersensibilidad a cualquier situación en la que pueda sentir el peso del fracaso y del ridículo y, para evitarlo, la constante tendencia a utilizar múltiples maniobras defensivas. Tanto la desconexión o desinterés discreto “no me puedo concentrar” o despreciativo “estoy aburrido de tanto rollo”; como la interrupción con absentismo o con violencia, y las diversas maniobras de distracción con

cambios de actividad o “tácticas de despiste”, configuran en su conjunto un cuadro de hiperactividad e interrupción de la atención.

El temor al ridículo está especialmente relacionado, –como causa y como consecuencia–, con su incapacidad para la sublimación y el interés intelectual y sus dificultades instrumentales y escolares (lenguaje defectuoso, inhabilidades motrices y de lecto-escritura, lagunas en conocimientos básicos) y con sus sentimientos de desvalorización respecto a su propia imagen y también en la imagen de su familia. Y todo ello se ve acentuado y confirmado por su habitual fracaso escolar progresivo.

Merece especial interés resaltar la frecuencia con que esta fragilidad e inseguridad, y las inevitables heridas narcisistas y reacciones de intensa rabia consecuentes, conducen –tanto en los tratamientos como en el medio familiar y, sobre todo, el escolar–, a actitudes de rechazo y ruptura, sentimientos de ser juzgados injustamente y perjudicados caprichosamente (“me tienen manía”, “no me hacen ni caso”), y finalmente a actitudes de intolerancia y violencia, precedidas o seguidas de huidas, más o menos bruscas, destinadas a escapar de la tensión creada. Obviamente la tendencia repetitiva a estas explosiones coléricas, con sus consecuencias (castigos excluyentes, expulsiones, absentismo) tiene un efecto patógeno, que acentúa las dificultades (tanto las relacionales y las posibilidades de tolerancia y adaptación, como los aprendizajes y capacidades instrumentales: desde el control emocional necesario para calmarse, escuchar y atender, hasta la capacidad de expresión verbal de los conflictos).

5. Trastornos del pensamiento. Mecanismos de escisión mental. Predominio del proceso primario.

Los mecanismos de escisión y negación descritos y el funcionamiento adaptativo en forma de falso self, afectan también a los procesos de aprendizaje, igualmente marcados por el conformismo, el mimetismo y la apariencia de saberlo todo.

Tienden a invertir particularmente temas de conocimiento animistas y prelógicos acordes con su visión omnipotente, infantil y arcaica de las cosas y además creen que la posesión del conocimiento es una virtud “per se” que algunos poseen mágica y gratuitamente, y que no implica esfuerzo mental ni trabajo alguno. Lo que resumido en una expresión que les oímos formular muy a menudo se traduce en: “el que sabe sabe y el que no que se j...”.

En consecuencia, y por sorprendente que parezca, desconocen y rechazan la idea de que se acceda al saber a través del esfuerzo. Aunque quizás tampoco deba sorprendernos tanto en esta época de tecnología informática en la que todo juego y conocimiento se compra y se tiene, completo y programado de antemano, y se desarrolla más bien con habilidades manuales (en la inmediatez de la acción motriz) que con la deducción y creación imaginativa (en la espera del descubrimiento y la sorpresa del placer mental... derivado de la gratificación trabajosa de la curiosidad).

El precio de esta actitud, conectada con su incapacidad para, “deprimiéndose”, reconocer sus limitaciones y sus necesidades, les lleva al rechazo de toda dependencia hacia quién puede aportarles algo y ayudarles (el maestro o el terapeuta, son figuras vividas con proyecciones y sentimientos de temor, envidia y amenaza).

La vinculación de sus procesos de aprendizaje al establecimiento de una relación continuada de confianza depende, y es lo que puede salvarles, de su fragilidad psíquica. Ésta se manifiesta sobre todo en su necesidad de controlar al adulto para poder tolerar lo que éste le propone, sin sentimientos disruptivos de amenaza y fracaso. Pero frecuentemente esta relación de extrema dependencia pende de un hilo y basta cualquier “fallo” del adulto (distraerse, desviar necesariamente su atención a otra actividad, fijarse en otro niño o simplemente atenderle, ausencias obligadas, etc.) para provocar una auténtica catástrofe en **la capacidad de aprendizaje**, que **exige interés, quietud, concentración y paciencia** (¡justamente

todo lo que falta al hiperactivo!). Con la inevitable prolongación y repetición de tales situaciones de desencuentro, muy a menudo las consecuencias para el pensamiento y la representación mental son devastadoras. Las lagunas, por no decir océanos, de desconocimiento que pueden ir acumulando y las correlativas actitudes de rechazo y oposición a todo lo que implica relación de aprendizaje y esfuerzo mental, consolidan progresivamente una actitud “anti rollo mental” innegociable, (“me lo sé todo y no me interesan las chorradas”), y condicionan un fracaso escolar difícilmente reversible.

Esta actitud hacia el conocimiento se funda en un trastorno más básico y profundo, del que les resulta muy difícil tomar conciencia y aún más soportarlo y aceptarlo: el fracaso previo en la organización de su propio espacio mental.

La incapacidad de disfrutar del placer de pensar y de expresar sus fantasías, que le desbordan fácilmente y a las que no puede dar una representación verbal o formal adecuada, hace que resulte muy **obstaculizado el desarrollo de mecanismos neuróticos de elaboración mental y de simbolización** (acceso a los procesos secundarios de funcionamiento psíquico). Además de quedar así cerrado el acceso a la curiosidad intelectual, la incapacidad para modular afectos y fantasías brutales, se acompaña de su evacuación directa (impulsiva, provocadora, insultante) que al no poder vehiculizarse a través del lenguaje, ni desplazarse al terreno de la expresión simbólica, se vacía a través de la descarga corporal y de la acción (en detrimento de su capacidad de movilizar sus fantasías, jugar con ellas y disfrutarlas).

Esta descarga incontenible hacia el exterior refuerza sus fantasías proyectivas, que le hacen percibir a los demás como agredidos-agresores, amenazados-amenazantes. Además, lógica e inevitablemente, el mundo externo reacciona, al sentirse víctima de una agresión inmotivada e injusta, con actitudes, reales, de rechazo, de represión y castigo, o de violencia. Se cierra así el círculo que confirma las proyecciones amenazantes. Frecuentemente estos niños explican sus agresiones

justificándolas con un “él me ha pegado primero” que, sea verdadero o falso, para ellos es tan rigurosamente cierto que mantendrán su versión contra viento y marea convencidos de su sinceridad (plantea así, al igual que otros muchos comportamientos, la cuestión de su percepción-deformación-criterio de la realidad).

Los procesos de interiorización e integración de experiencias relacionales, y consecuentemente la búsqueda y repetición de *nuevas experiencias*, se alteran por el temor y la vivencia anticipada de que van a ser *displacenteras y frustrantes*, (o lo que es igual: las distorsiones en los mecanismos de introyección y proyección condicionan y deforman los procesos de interiorización y las características de los objetos internalizados).

En consecuencia se dañan las **capacidades de pensamiento** (de *curiosidad* esperanzada y de ilusión por aprender y, en consecuencia, *de mantener la atención y de espera tranquilamente*) **y de simbolización** (limitando la capacidad de invertir el conocimiento, el placer de pensar, y *la constancia y agilidad de los desplazamientos intelectuales*).

La precocidad y persistencia de estos fenómenos mentales no pueden dejar de impactar en la organización psíquica, y por ello los **trastornos instrumentales y cognitivos** son habituales.

6. Trastornos instrumentales y cognitivos

Con frecuencia suele ser difícil separar, cuándo estamos en situación clínica, qué parte hay que atribuir a estos peculiares mecanismos y disarmonías del aprendizaje, a las discontinuidades familiares, a las dificultades de relación y adaptación en el marco escolar, y cuánto corresponde a retrasos y defectos previos en la organización cognitiva precoz. Es un hecho que estos niños acumulan trastornos gnósticos, práxicos y del lenguaje, con afectación muy frecuente del aprendizaje de la lecto-escritura y de otras funciones (discalculia, etc.).

Estas dificultades funcionales condicionan y limitan su capacidad de comunicación y de relación y se hacen notar en

particular cuando afrontan las exigencias escolares. Habitualmente la confirmación de sus dificultades refuerza, tanto en los niños como aún más en sus padres, sentimientos de desvalorización, fracaso, incompreensión y rechazo, que se suman a sus dificultades previas. Las actitudes consecuentes a estos sentimientos (repliegue, desconfianza, inhibición) pueden inducir a confundir la naturaleza de las dificultades y a diagnosticar de déficit mental irreversible situaciones clínicas mucho más movilizables (inhibiciones severas, incapacidad para investir el conocimiento intelectual, bloqueos ligados al agotamiento “depresivo”, mecanismos de evitación relacional, etc.) pero acompañadas todas ellas de una disminución, objetiva y objetivable, del rendimiento cognitivo.

Es seguro que las distorsiones en la organización precoz de las experiencias de bienestar y satisfacción corporal no permiten la integración de una percepción unitaria de las experiencias sensoriales y motoras y condicionan severas **dificultades en la organización del esquema corporal y en las posibilidades de modular y canalizar la expresión motriz**. La *inestabilidad*, y la *inseguridad motora* y la *imprecisión, torpeza e insatisfacción* a que dan lugar condicionan inseparablemente tanto sus capacidades instrumentales como la frustración en su autoestima y la desconfianza en sus posibilidades.

Este contexto afecta en particular al lenguaje en su doble condición instrumental y comunicativa, de expresión motora sofisticada (muscular-laríngea) y de expresión afectiva y emocional (lingüística-simbólica).

Obviamente, estos trastornos instrumentales, unidos al fracaso de los procesos de elaboración neurótica (de organización y predominio del proceso secundario de pensamiento), son indisociables de una permanente *insuficiencia e insatisfacción en sus capacidades de comunicación, de relación y de aprendizaje*, que redundan en su severa fragilidad narcisista, y cuestiona su escasa autoestima, y se refuerza, sobre todo en el medio escolar, con la *repetición de experiencias frustrantes* que tratan de evitar con las consabidas y ya comentadas reac-

ciones de arrogancia: “esto no me interesa porque es una mierda”; *de menosprecio*: “me estáis hartando con tanto rollo”; o de rechazo, sea evitativo: “me largo”, o pasando a la *violencia* agresiva o destructiva, aparentemente carente de culpa: “os lo habéis ganado”.

Las peculiares características de su tipo de vinculación (dependencia anaclítica y fusional, fantasías de control absoluto o de intrusión, etc.) no pueden dejar de repercutir sobre sus capacidades de interiorización simbólicas y por tanto sobre sus capacidades creativas y de aprendizaje.

Su imposibilidad de pensar, de atender, de aproximarse a la lectura y la escritura, es decir al conocimiento, no es sólo un fenómeno cognitivo, puede verse parasitado, además de por los mecanismos defensivos que las dificultan (escisión mental, proyección), por la invasión de sentimientos intensos y paralizantes (dolor psíquico, estupor, desconcierto, confusión).

Conviene no olvidar que cualquier aproximación (terapéutica o educativa) a sus dificultades reactiva anteriores experiencias, con frecuencia vividas traumáticamente, por la connotación de fracaso y “humillación” que acompaña a toda situación de limitación e incapacidad evidenciada ante los demás.

Los fallos en la elaboración depresiva (reconocimiento de sus insuficiencias y de su dependencia del otro para solucionarlas, esperanza y aceptación de la ayuda y mayor capacidad de los demás, sentimiento de su propia responsabilidad en las dificultades y conflictos que padece) provocan una situación altamente paradójica. Por sus limitaciones necesita más ayuda y, con mayor avidez, impaciencia y desesperación cuanto mayor es su dificultad, pretende que se le solucione inmediata y mágicamente todo. Tarea imposible para cualquiera, se trate de padres, amigos, maestros o terapeutas.

La decepción es inevitable y la hipersensible, apasionada y temerosa expectativa de cualquier nueva relación, que siempre oscila rápidamente desde una esperanza de que sea idílica y perfecta, a una experiencia “real” de que resulta decepcio-

nante y odiosa, se traduce en la intensificación de su permanente vulnerabilidad a la pérdida objetal. Lo que da lugar a profundos y exagerados vaivenes emocionales y del estado de ánimo, en función de turbulentos intercambios relacionales, cuya importancia y trascendencia ulterior suele ser desconocida por sus propios protagonistas (no sólo el niño, sino también familiares, enseñantes y terapeutas).

Merece mención especial, dentro de los trastornos instrumentales, la cuestión de la organización psicomotriz.

La frecuencia con que la “torpeza” o, en lenguaje más sofisticado y “técnico” los “trastornos en el desarrollo de la coordinación”, están presentes, es una evidencia clínica que ha sido resaltada por autores de todas las tendencias teóricas. Se ha llegado incluso, en los países nórdicos y desde la década de los 80, a sustituir el diagnóstico de hiperactividad por el denominado “Déficit de atención, control motor y percepción” (DAMP) porque este último ha suscitado más consenso. La razón clínica que lo ha impuesto es que la asociación e interrelación entre hiperactividad, trastornos de atención y déficit del control motor es de tal frecuencia que obligaba a utilizar un término diagnóstico englobador que los reuniera (GILLBERG y cols, 1982). En la misma línea, como ya he comentado, empiezan a converger, ahora claramente y anteriormente de forma más esporádica, diversos autores americanos (AUGUST Y STEWART, 1982; BROWN, 2003).

Otra razón para detenerse en la cuestión, es la frecuencia con que en diversos países, la reeducación (psico)motriz es utilizada como instrumento de intervención terapéutica o rehabilitadora.

Ésta puede hacerse y se hace desde perspectivas diferentes. Una considera que se trata de “rehabilitar” funciones neurológicas deficitarias y procede con técnicas “fisioterapéuticas”. Otra, que se autodenomina “relacional”, entiende, conceptual y técnicamente, que el desarrollo motor es un fenómeno evolutivo vinculado e inseparable de la organización psíquica temprana y por tanto dependiente de las interaccio-

nes relacionales precoces, y que su “reeducación” debe incluir e incluso priorizar aspectos psicológicos y relacionales. (Desde esta última perspectiva, que él define como “más relacional que reeducativa”, M. BERGER (1999) ha prestado particular atención a entender y a tratar al niño hiperactivo, que él prefiere llamar “inestable”, proponiendo un modelo de comprensión al que ya se ha aludido anteriormente).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LÍNEAS EVOLUTIVAS

Reúno en este enunciado dos términos, sincrónico uno y diacrónico el otro, porque desde una visión que vincula la psicopatología al desarrollo, y aún más desde nuestra perspectiva, –dinámica en lo conceptual y diacrónica, basada en largos seguimientos, en lo asistencial–, el diagnóstico no es algo cerrado y definitivo sino que depende de avatares biográficos, educativos y terapéuticos, no siempre previsibles ni uniformes. Se trata de describir las dudas y reflexiones teórico-clínicas, habituales en los contextos de sesiones-supervisiones clínicas, para buscar puntos de referencia que puedan orientar tanto las opciones terapéuticas como las evaluaciones terapéuticas y pronósticas.

Con las psicosis

Para quienes comparten una visión estructural y psicodinámica de la personalidad, la mayor duda que se presenta a la hora del diagnóstico clínico es la diferenciación con las psicosis, (sobre todo con las formas clínicas más marcadas por fenómenos disociativos, simbióticos y deficitarios, que con las de predominio autístico). A la hora de la precisión conceptual no pocos piensan que solo pueden considerarse tres “estructuras psíquicas”: neurótica, psicótica y perversa. Quienes así piensan tienden a equiparar o aproximar el funcionamiento límite al psicótico. Proximidad y diferenciación que como hemos visto ha hecho cavilar a muchos autores ya citados, cuyas consideraciones no vamos a repetir ahora.

La “opción DSM” simplifica a primera vista las cosas porque suprime toda referencia a la psicosis, pero el problema resurge a la hora de englobar este tipo de funcionamiento límite en el estrecho marco del “autismo atípico” o de los “trastornos generalizados del desarrollo”. Como se ha dicho, habrá que ver en qué queda, en sus futuras versiones, la propuesta de un “trastorno múltiple del desarrollo”, hasta ahora no incluido, e incluso la posibilidad de eventuales modificaciones hacia una ampliación de los “trastornos de atención” en el sentido propuesto por Brown, e incluso hacia diagnósticos que recojan las múltiples comorbilidades “independientes” coexistentes (como en la opción nórdica aceptada a partir de las propuestas de Gillberg).

Volviendo a nuestra perspectiva de una psicopatología estructural psicoanalítica, quizá la posición que más consenso recibe es la de Bergeret, que él ha resumido en un cuadro muy conocido y que merece la pena reproducir por su utilidad teórico-clínica.

	SÍNTOMAS	ANGUSTIA	REL. OBJETO	DEFENSAS
Psicosis	Despersonalización Delirio	de fragmentación	Fusional	Renegación ²⁰ Desdoblamiento del yo
Pers. Límite	Depresión	de pérdida de objeto	Anaclítica	Desdoblamiento de imagos Repudio ²¹
Neurosis	Obsesivos histéricos	de castración	Genital	Represión

Parece interesante también aclarar algunas precisiones de este autor.

Recordando la metáfora de Freud —“si un mineral se rompe no es de cualquier manera, siempre lo hace siguiendo unas líneas de escisión (de fractura) cuyos límites y dirección, aunque invisibles desde fuera, estaban *determinados de manera*

20 Siguiendo la traducción de Laplanche y Pontalis (Dénegation= Renegación)

21 Idem para “Forclusion” = “Repudio”

original e inmutable por la estructura previas del cristal” –y subrayando su propia versión psicogenética del desarrollo de la personalidad– “la estructura psíquica... poco a poco desde el nacimiento... en función de la herencia y sobre todo del modo de relación con los padres desde los primeros momentos de la vida, de la frustraciones, traumatismos y conflictos... y también de las defensas organizadas por el Yo para resistir las presiones internas y externas y las de las pulsiones del Ello y de la realidad... el psiquismo individual se organiza y “cristaliza” como un mineral con líneas de escisión (clivage) que ya no cambian después... y si se rompe lo hará según líneas de fractura preestablecidas” –Bergeret concluye en la “imposibilidad fundamental de pasar de la estructura neurótica a la psicótica o viceversa”

Los elementos inmutables de la **estructura neurótica** serán siempre: la organización del Yo en torno a lo genital y lo edípico, el conflicto entre el Yo y las pulsiones, el predominio de la represión, la prevalencia de la libido objetal, y la eficacia del proceso secundario que mantiene la noción de la realidad. En la **estructura psicótica** en cambio, predomina la (de)negación, y no la represión, de parte de la realidad; predomina la libido narcisista; el proceso primario impone su dominio imperioso, inmediato y automático; el objeto queda fuertemente desinvertido; aparecen variadas defensas arcaicas muy costosas para el funcionamiento del Yo.

Entre ambas existen **“organizaciones que ocupan una posición intermediaria... la vasta categoría de estados límite con sus aspectos depresivos o fóbicos y su reorganización en forma de perversiones o patologías del carácter”**. Y precisa: *“posición intermediaria quiere decir situación gnosológica próxima de una de las dos grandes estructuras, pero entidad específica que de ninguna manera es un término de paso de la una a la otra”*. *“Sin embargo, este linaje intermediario se presenta como una organización más frágil que las otras dos estructuras y no como una estructura fija e irreversible... pudiendo, al contrario que ellas, cristalizar definitivamente en*

uno de los cuadros vecinos". En otras palabras, acepta una posibilidad evolutiva desde las organizaciones límite hacia una estructuración ulterior psicótica o neurótica.

Conviene también recordar la posición teórica de Otto Kernberg y el cuadro en que sintetiza los criterios diferenciales.

	Pers. Neurótica	Pers. Border-line	Pers. Psicótica
<i>Defensas arcaicas</i>	No	Sí	Sí
<i>Difusión identidad</i>	No	Sí	Sí
<i>Alteración criterio realidad</i>	No	No	Sí

En nuestra experiencia clínica nos permiten diferenciar el border-line del psicótico los siguientes parámetros clínicos:

- Distorsión paranoide respecto a personas o situaciones del entorno que también conservan rasgos percibidos correctamente y que no quedan (en el border-line) totalmente sumergidas en una neorrealidad delirante permanente (como en el psicótico). Por tanto, alternancia o simultaneidad del criterio de realidad con elementos de distorsión severos, frente a la permanente y total distorsión de la misma en la psicosis.
- Claro predominio de la problemática desatención-abandono, por parte del otro percibido como separado (en el border-line), en vez de problemática de indiferenciación-fusión-inclusión y en definitiva confusión con el otro (en el psicótico).
- Predominio angustias depresivas, de pérdida, de incapacidad (en el border-line), sobre las de fragmentación, despedazamiento, destrucción indiferenciada y catastrófica (psicosis).
- Búsqueda de relaciones de dominio, control y acaparamiento, turbulencia afectiva (en el border-line), versus predominio de defensas esquizoides, autísticas, que llevan a actitudes de "repliegue" y "aislamiento" que tratan

de evitar relaciones “humanizadas” cargadas de emociones y afectos (psicosis).

- Producciones (juegos, dibujos), en general irregulares y turbulentas, que alternan proceso primario y secundario (en el border-line) y que parecen emanar repetitivas, monótonas e incontrolables, solo del proceso primario, en el psicótico.
- Previsibilidad y conflictividad relacional “controlable” del psicótico, imprevisibilidad y conflictividad relacional más “incontrolable” del border-line.
- Hipersensibilidad reactiva a los acontecimientos e imprevistos relacionales cotidianos por parte del border-line, y en cambio persistencia de peculiaridades relacionales regidas “desde su interior” en el psicótico.

Estos elementos en su conjunto proporcionan una impresión de observar una evolución lineal con altibajos en el border-line, que parece cambiar de niveles y logros evolutivos y progresar, cuando en realidad repite incesantemente la vuelta a la repetición de mecanismos y comportamientos más arcaicos y regresivos, oscilando con otros momentos en que demuestra actitudes, capacidades y comportamientos “normales”. Por el contrario el psicótico parece estar parado, monótonamente, en los mismos mecanismos, cuando sin embargo son puestos al servicio de pequeños y lentos progresos evolutivos, más consolidados y menos oscilantes, dando a largo plazo (obviamente, en las evoluciones favorables) una impresión de evolución en espiral ascendente.

El border line nos da la impresión ilusoria de rápidos progresos, seguidos de inmediatas “recaídas”. El psicótico nos da la impresión de inmovilidad y de total ausencia de cambio, incluso cuando lentamente se produce (como quien sentado permanentemente ante un árbol es incapaz de ver su crecimiento).

En ambos casos conviene introducir la posibilidad de introducir una perspectiva más objetiva, y menos sesgada por los

efectos emocionales y afectivos inseparables de la relación directa e inmediata con estos niños, a través de instrumentos teórico-clínicos como la supervisión, individual o institucional, que permiten hacer del análisis de la relación un instrumento tanto de comprensión de los fenómenos psicopatológicos como de intervención terapéutica.

Con el déficit intelectual

Aunque basta una observación medianamente prolongada para darse cuenta de las capacidades fluctuantes del niño límite, y por tanto es relativamente fácil descartar un diagnóstico de déficit-debilidad mental, conviene recordar que su psicopatología comporta importantes alteraciones cognitivas y limitaciones del aprendizaje, que pueden llevar a dudas diagnósticas, sobre todo si es observado en una única y breve observación clínica.

Es particularmente importante; desde el punto de vista clínico, determinar:

- La presencia de movilización del investimento y conocimiento intelectual producida por modificaciones afectivas y relacionales.
- La frecuente correlación de movimientos contrarios, desinvestimiento y desinterés por el conocimiento, con movimientos depresivos y de repliegue emocional y relacional.
- La ineficacia para el aprendizaje y la curiosidad intelectual de actitudes de “indiferencia y desinterés”, de menosprecio o desprecio, y de negación (todas ellas catalogables de maníacas).
- La variabilidad de resultados y la capacidad, a veces sorprendente, de invertir solamente algunas tareas, en función de motivaciones psíquicas diversas (movimientos identificatorios, influencias relacionales), en un contexto de incapacidad y fracaso generalizado.

- La diferenciación entre lagunas y deficiencias objetivables (malos resultados en tests psicométricos) y capacidades latentes (a veces ignoradas por factores contra-transferenciales).

Con la depresión y trastorno bipolar

En la descripción clínica hemos insistido en los factores múltiples (sociofamiliares y biográficos, psicopatológicos) que hacen de la problemática depresiva un elemento fundamental de la comprensión del funcionamiento psíquico del border-line.

Por lo tanto, no puede sorprender que el diagnóstico de depresión acompañe frecuentemente y en diferentes momentos la trayectoria asistencial de estos niños, que como ya hemos dicho es habitualmente larga y variopinta. De hecho suele ser su sistemática respuesta insatisfactoria, a medio y largo plazo, tanto a tratamientos con medicaciones antidepresivas, como a los abordajes psicoterapéuticos y psicoeducativos habitualmente útiles en cuadros depresivos francos, lo que suele obligar a rectificar el diagnóstico inicial, –que suele aludir a la depresión o a otros diagnósticos sintomáticos (trastornos de conducta, hiperactividad, trastornos instrumentales: dislexia, etc.)–, y a plantear tratamientos polivalentes, que exigen recursos profesionales en general difíciles de reunir.

Tampoco es de extrañar que, de un lado por la presencia clínica de manifestaciones maníacas o hipomaníacas (euforia, actitudes de menosprecio, excitación y agitación, desinhibición, etc), y de otro por la extensión progresiva, en la psiquiatría infantil, de las concepciones médico-biológicas actualmente predominantes en psiquiatría de adultos, se esté extendiendo la hipótesis de que esta patología sea el inicio “prodrómico” de un futuro trastorno bipolar -PMD (psicosis maníaco depresiva).

Lo que sí sorprende más es la facilidad con la que se da el salto a proponer –basándose en lo que solo es un pre-judicio hipotético de tipo etiológico–, la prescripción de prolongados

tratamientos farmacológicos, idénticos a los utilizados en enfermos adultos y adolescentes que padecen un trastorno bipolar, éstos sí, confirmado clínicamente.

Confundir factores (familiares, psicopatológicos) de riesgo, con la enfermedad confirmada, y tratarlos como tal, supone, además de ignorar aportaciones fundamentales de la psiquiatría (factores de protección y prevención; multifactorialidad del desarrollo y de la evolución clínica; complejidad de factores genéticos y epigenéticos y variabilidad de su influencia; plasticidad neurobiológica, y un largo etcétera), una decisión cuando menos poco fundada científicamente.

Cabría exigir a quienes lo hacen desde una perspectiva “basada en la evidencia” el mismo rigor –en cuanto a estudios prospectivos, hasta ahora inexistentes, que demuestren que el futuro de estos niños es un trastorno bipolar y que la administración de “estabilizadores” (sales de litio y otros) lo evita–, que se exige para quienes tratan de demostrar la influencia favorable y preventiva de intervenciones relacionales (psicoterapéuticas, psicoeducativas) en la evolución clínica ulterior de estas patologías. Por el momento, administrar estos fármacos durante años a niños de corta edad, es una apuesta arriesgada cuyas consecuencias nos son desconocidas.

Con otros trastornos de la personalidad

La experiencia clínica de tratamientos prolongados con niños border-line nos ha llevado a una concepción “dimensional” tanto de la comprensión del trastorno como de los movimientos y transformaciones evolutivas del mismo.

Como ya se ha dicho en la comprensión, organización y evolución de la personalidad border-line inciden múltiples factores (etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos).

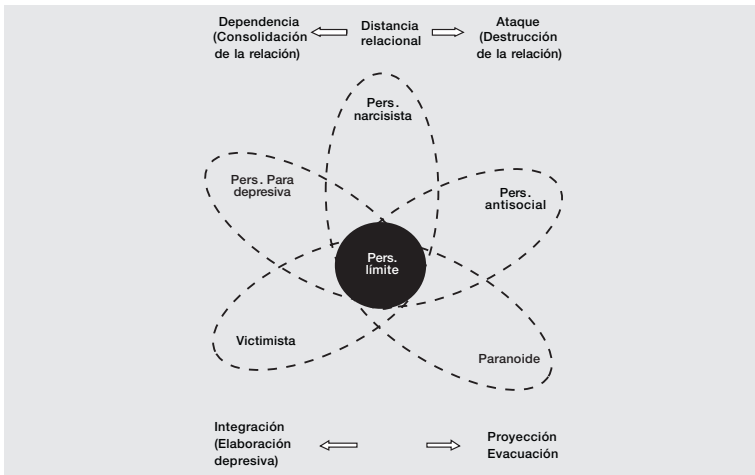
El esquema siguiente trata de representar a la vez algunos de los factores relacionales terapéuticos y su correlación con fenómenos clínicos y modificaciones del funcionamiento mental y conductual que permiten, a nuestro juicio, describir algu-

nas líneas evolutivas o cuando menos movimientos significativos en la (re)organización de la personalidad.

Obviamente, sólo la realización de estudios evolutivos a largo plazo de poblaciones significativas de niños tratados con procedimientos terapéuticos comparables entre sí, permitiría afirmaciones más concluyentes. Su puesta en marcha, que es seguro que exigirá medios complejos y costosos, sería muy necesaria y beneficiosa para la psiquiatría, tanto del niño, como del adolescente y del adulto.

Los dos polos o parámetros clínicos y relacionales que utilizamos como guía de orientación son:

- a) Desde el punto de vista de la **distancia relacional**, la oscilación entre, de un lado, una relación de dependencia, con reconocimiento progresivo de las vicisitudes afectivas ligadas a ella (agradecimiento, tolerancia, reparación), y del otro el ataque, y eventual destrucción, de toda vinculación personal y afectiva, con la negación de todo sentimiento de dependencia y gratitud, y con predominio de sentimientos agresivos (insulto, arrogancia, desprecio, humillación).
- b) Desde la perspectiva de su **correlación con mecanismos intrapsíquicos**, la oscilación entre: de un lado, la interiorización, y reconocimiento de sentimientos en conflicto, en otras palabras la integración de sentimientos, propios e internos, de carácter ambivalente (en términos de M. Klein, la elaboración que da acceso a la “posición depresiva”), y del otro, la tendencia a evacuar y proyectar “fuera de sí mismo” todo sentimiento de malestar, atribuyendo y culpabilizando al otro de la responsabilidad de su propio sufrimiento interno (funcionamiento con rasgos característicos de la “posición esquizo-paranoide” kleiniana).



Los movimientos o polos extremos que resultan de ambas tendencias contrapuestas conducirían a:

- Movimientos hacia la consolidación de **vivencias y fenómenos depresivos y paradespresivos**, cuando predominan las experiencias de dependencia afectiva y las angustias de pérdida y separación. Es la mejor posibilidad porque predispone al reconocimiento de dificultades y a la elaboración, compartida en una relación terapéutica, de posibles salidas evolutivas.
- Movimientos hacia la consolidación de **rasgos antisociales** cuando predomina la atribución al otro de todo malestar y su organización progresiva en forma de reproche vengativo permanente. Es la más inquietante, porque favorece la tendencia a actuar contra el otro, imposibilitando cualquier esfuerzo de interiorización y reconocimiento de sus propios problemas. Además, la entrada en la adolescencia, facilitará la "sintonía colectiva" con otros adolescentes de tendencias semejantes, que refuerza la "colectivización" y la dilución de cualquier sentimiento de responsabilidad individual y la sensación de "normalidad", o "egosintonía", de sus conductas: "Todos, salvo

los miedosos o los tontos, piensan y actúan como yo/nosotros”.

Entre ambas pueden observarse, entre otras, **varias posiciones o movimientos intermedios** diferentes. Los que hemos observado con más evidencia son:

- Movimientos hacia la organización de rasgos de personalidad narcisista, cuya característica esencial es la hipersensibilidad a la atención, aprecio y admiración por parte de los demás (para confirmar una imagen idealizada y a veces exageradamente grandiosa de sí mismo). Necesidad que paradójicamente es simultáneamente negada y camuflada con actitudes de arrogancia, indiferencia y desprecio (para confirmar su siempre insegura superioridad rebajando con autosuficiencia a los demás). La consecuencia de este peculiar funcionamiento es la permanente insatisfacción e inestabilidad en sus relaciones con sus iguales, que sólo son soportables para el niño narcisista en tanto que le adulan o aceptan sus exigencias. Posición que impide a estos niños tolerar el tener que someterse a la reglas que cualquier juego o relación de amistad imponen (reconocimiento de jerarquias, aceptación de roles secundarios, soportar la mayor habilidad de otros, sacrificar el interés propio al deseo del amigo, preferir al amigo con sus flaquezas que sacrificarlo por cualquier recién venido “superior”, saber guardar un secreto a pesar del “beneficio” de revelarlo, etc.) y que constituyen las más importantes adquisiciones que caracterizan el periodo de latencia. Su incapacidad para hacerse amigos fieles y para participar en juegos compartidos se convierte a su vez en motivo de insatisfacción narcisista fácilmente proyectada, exculpatoriamente, en los demás: “me rechazan, me tienen manía” o “no me comprenden”, “no me interesan sus juegos”.

Mencionadas estas incapacidades, conviene también señalar que los rasgos narcisistas suponen también un

progreso beneficioso porque, al dar acceso a un cierto estilo de relación (marcada por la “indiferencia emocional”, la “autonomía distante”, y algunos otros mecanismos con los que tratan de mantenerse en relación, siempre que no se cuestione su inseguridad y sufrimiento) permiten progresivamente y en los casos en que se mantiene prolongadamente un contexto relacional favorable, elaborar la necesidad de reconocimiento recíproco con el otro y la entrada en la tolerancia (“todos tenemos necesidades y defectos”) y en la ambivalencia (“puedo odiar y necesitar a la misma persona, puedo ser insoportable y agradable con los demás y, por eso, puedo ser odiado y apreciado”).

- Cuando se mezclan elementos depresivos (desvalorización o “baja autoestima”, sentimientos de incapacidad y de ser rechazado por sus insuficiencias, experiencias repetidas de fracaso) con elementos defensivos paranoides (“nadie me ayuda, todos me critican”) se produce una peculiar y frecuente situación que propongo denominar “victimismo”. Se trata de situaciones que no conviene banalizar, por estar muy “enredadas” y ser muy difíciles de movilizar. Suele confluír una particular sintonía, por no decir una fusión indeferenciada, entre la visión del niño y la del entorno familiar, que también acumula experiencias, reales y subjetivas, de fracaso personal y social (enfermedad, paro, carencias económicas y afectivas etc). El resultado es una cerrazón familiar compartida, con una desconfianza masiva hacia cualquier propuesta “que venga de fuera”, que refuerza mecanismos de dependencia arcaica y muy infantil entre los miembros de la familia, que “hacen piña” y “se protegen” contra cualquier “intrusión” de “desconocidos” (se trate de profesores, trabajadores sociales, terapeutas o simplemente vecinos). Nos ha llamado la atención la frecuencia con que se descubre que esta posición victimista compartida subyace bajo situaciones difíciles de entender: fobias

escolares y absentismos muy prolongados; situaciones de aislamiento, rechazo y por tanto fracaso de cualquier propuesta de ayuda; eternización de situaciones de pasividad e inactividad “sub-depresivas”, tendencia a la obtención permanente de rentas de invalidez y reconocimientos de incapacidad, etc.

- Cuando lo que predomina es la búsqueda de cierto equilibrio personal basado en protegerse del peligro que suponen los demás, erigidos como amenazantes e incluso como perseguidores activos, asistimos a una fácil transformación del victimismo en movimientos calificables de paranoides. No siempre se convierten en rasgos estables, sino que con frecuencia son períodos transitorios. Hay que tener en cuenta que, aunque puede basarse en proyecciones subjetivas que deforman la realidad, en particular en un lugar como un centro de día en donde la agresión y la amenaza está al orden del día, puede ser un mecanismo “de supervivencia” que supone cierta “previsión protectora” ante la hostilidad ambiente (que hace recordar el concepto de “sana paranoia anticipatoria”... que O. Kernberg atribuye ¡a los líderes con buen olfato institucional!). Para no exagerar este eventual significado positivo de estos movimientos paranoides, conviene matizar que hay dos situaciones frecuentes en las que sí nos parecen positivos. Una, cuando suponen una manera de salir de aislamientos psicóticos en los que cualquier contacto o aproximación eran imposibles previamente, y otra, cuando suponen una especie de focalización (calificable de pre-fóbica) que permite moverse con más soltura y seguridad en un entorno compartido. Precisamente porque las situaciones o personas que “absorben” todo el peligro pueden ser mantenidas a distancia y basta evitar su aproximación para recuperar cierta tranquilidad y estabilidad. Se pueden así permitir incluso el establecer relaciones estables con “protectores”, que acuden en su ayuda cuando el amen-

zador-perseguidor se aproxima o amenaza con hacerlo. En cambio otras posibilidades más inquietantes son: una, que las tendencias proyectivas paranoides se extiendan y conviertan en actitud generalizada y permanente, dando lugar a la consolidación de una personalidad paranoide en sentido estricto; y otra, que se sobrecargue de tendencias agresivas y destructivas activas, y el “atacar preventivamente” a cualquier enemigo siempre al acecho se convierte en un rasgo estable, “egosintónico” y prepotente que va configurando una personalidad “vengativa” (“se va a enterar antes de tocarme”) y, sobre todo, si encuentra estímulos y sintonías grupales, psicopática.

Evidentemente, junto a los parámetros clínicos predominantes en lo anteriormente esquematizado, si se busca una visión dinámica y global de la estructuración de la personalidad, otros elementos clínicos complementarios son también esenciales para una evaluación clínica y terapéutica correcta, que permita articular aspectos metapsicológicos teóricos con la comprensión de evidencias conductuales y de actitudes observables por cualquier profesional en contacto con estos niños:

- **Variaciones del criterio de realidad:** oscilante, distorsionado, inexistente, instalación permanente o duradera en una neo-realidad delirante, que con más frecuencia tiene carácter pasajero en forma de “ramalazos” delirantes (que unidos a la exteriorización y evacuación de sentimientos y fantasías intensamente amenazantes pueden completar una apariencia “alucinatoria”).
- **Tipos y evolución de fantasías:** con predominio libidinal (de cuidados, protección y reparación, que se traducen en juegos y dibujos en la aparición de médicos, bomberos y otros cuidadores...) o por el contrario predominio agresivo-destructivo (agresión brutal, muerte y destrucción, catástrofes y cataclismos...) y todas las intrincaciones intermedias entre ambas: escenas de devoración y oralidad sea peligrosa (caníbales, tiburones y monstruos

devorantes; aspiración despedazante y mutuamente amenazante), o sea de incorporación y regeneración (embarazos y otras inclusiones, rellenos y expulsiones sorprendentes); fantasías depresivas (abandonos, pérdidas y reencuentros; reparaciones heroicas o imposibles; muertes lamentables y resurrecciones milagrosas); melancólicas (ruina y miseria, desesperanza irreparable); maníacas (hazañas espectaculares; identificaciones con superhéroes benignos, malignos o ambas cosas a la vez).

- **Medio utilizado para expresarlas:** actuadas explosivamente, incorporadas en determinadas actitudes (identificación con roles agresivos u omnipotentes), representadas en juego de roles, simbolizadas a través del juego o del dibujo, verbalizadas (en forma brusca y evacuativa o en forma modulada y comunicativa).
- **Imagen de sí mismo y de los demás** más o menos escindidas o integradas: por ejemplo idealizaciones positivas o negativas que distorsionan la percepción de sí mismo y del otro: atribuciones de poderes mágicos o exagerados, “construcción” imaginaria de perseguidores amenazantes; o, por el contrario, reconocimiento de cualidades y limitaciones propias y ajenas.
- **Modo de expresión de afectos y sentimientos:** evacuación incontrolable con o sin reconocimiento posterior (actings, “intolerancia a la frustración), canalización a través de diferentes medios (lúdicos, juego de roles, dibujo, relato verbal), capacidad de reconocer (“a posteriori”, en otros o en sí mismo) vivencias emocionales.
- **Establecimiento y evolución de relaciones:** con iguales, familia, maestros, terapeutas (consideración de sus intervenciones, aceptación de comentarios, enseñanzas, interpretaciones etc). Transformación de sentimientos y afectos (de paranoides, a depresivos y a ambivalentes).

Los habituados a la formación y a la práctica psicoterapéutica conocen la correlación de todo lo descrito con el predominio y evolución de ciertos *mecanismos de defensa* y con

el establecimiento y modificación de *aspectos transferenciales*, pero no hay que cansarse de insistir en que las intervenciones terapéuticas con estos niños necesitan ser plurales y que la traducción de lo metapsicológico a un lenguaje más “interprofesional” es imprescindible

EL PASO FALLIDO POR EL PERÍODO DE LATENCIA

Una de las características que resaltan, en negativo, la trascendencia evolutiva del trastorno border line es la ausencia, en su funcionamiento psíquico, de las complejas adquisiciones psíquicas que caracterizan y constituyen la esencia del período de latencia, particularmente importante para el desarrollo en general y para la organización de la personalidad en particular.

Resumiendo, las principales carencias del border-line afectan:

- a la consolidación del placer del funcionamiento psíquico (capacidad de desplazamiento simbólico; investimiento del conocimiento; canalización y vitalidad permanentes de la curiosidad);
- al equilibrio entre el placer del control y el control del placer (corporal y mental): habilidades motrices; satisfacciones autoeróticas tanto en la capacidad de “moderar” y “adecuar” la masturbación sexual directa como a la de desarrollar la “masturbación mental”: erotización de la fantasía, juegos mentales tales como el placer de recordar, la elaboración de reglas mnemotécnicas, listas y colección de conocimientos, etc.
- a la capacidad de sublimación (modulación de pulsiones agresivas; expresión de afectos eróticos indirectos: ternura, pudor, nostalgia);
- a la integración de sentimientos ambivalentes y aceptación de las limitaciones propias de la “elaboración depresiva” (reconocer y tolerar virtudes y defectos propios y ajenos; equilibrio entre pulsiones agresivas y reparado-

ras, capacidad de soportar la rivalidad en la competición y complicidad de los juegos reglados);

- al progreso de la autonomía y distanciamiento, físico y afectivo, respecto a los padres (y a la correlativa interiorización de figuras parentales consistentes y estables).

Esta breve enumeración condensa en realidad el resultado de un prolongado y costoso trabajo de elaboración psíquica que constituye el núcleo esencial del desarrollo psíquico (y de la organización de la personalidad) en el período de latencia, permitiendo el acceso a algo –aparentemente tan trivial, cuando un niño va bien, y tan complicado en caso contrario–, como es la adaptación escolar con la complejidad de aprendizajes y de relaciones sociales que conlleva.

También desglosa la cantidad y complejidad de operaciones psíquicas que se ocultan bajo otros conceptos y denominaciones que, con su aparente simplicidad, de un lado se han extendido excesivamente y de otro categorizan y uniformizan situaciones clínicas diferentes y complejas. Me estoy refiriendo a nociones tales como “inmadurez afectiva”, “intolerancia a la frustración”, “dificultad en el control de impulsos” y otras, que fácilmente son consideradas no solo como constituyentes de un conjunto psicopatológico o síndrome específico, sino también como atribuibles a una etiología neurobiológica unitaria. La importancia de esta visión está en que no solo puede afectar a la comprensión de los síntomas, pudiendo dejar de lado factores diversos y complejos (evolutivos, familiares, biográficos, traumáticos), sino también a las opciones terapéuticas.

REPERCUSIÓN DE LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Cambios corporales

El impacto de las modificaciones corporales, y la turbulencia hormonal y pulsional concomitante, suponen vivencias de difícil integración y metabolización para el border-line. Es así porque además del plus de tensión y excitación que añaden,

también sobrecargan la inseguridad y vacilaciones de una frágil y oscilante identidad, agravando su ya natural tendencia al desbordamiento mental. A su vez este desbordamiento pulsional, afecta a su imagen corporal, –que se ve afectada ahora por el añadido de significaciones vinculadas al empuje de tensiones agresivas y sexuales–, y que estará directamente imbricada con la construcción de su “nueva” identidad.

En otro trabajo²² he descrito las tres tipologías de imagen corporal que se construyen en la adolescencia.

El cuerpo **“cómplice”** corresponde a una imagen del cuerpo, vivido como amigo-compañero, que ayuda a consolidar un proyecto de nueva identidad. Se corresponde con un narcisismo tolerante, con una buena imagen de sí mismo, y con un ideal del yo alcanzable. Las actitudes hacia el cuerpo que la acompañan consisten en adornarlo y embellecerlo (maquillaje, tatuajes, pearcings), cuidarlo (ropa, higiene, cosméticos), trabajarlo (disciplina deportiva, dietas y ascetismo protector). Evidentemente resulta de la prolongación de buenas experiencias corporales previas, y de su integración psíquica, en la latencia

El cuerpo **“prótesis”**, trata de compensar las fragilidades de la identidad, y la “baja autoestima”, en una inflación narcisista y megalómana de la imagen corporal, destinada a camuflar debilidades e inseguridades. La exageración en los signos de “fortaleza” corporal, su excesiva y a veces grotesca visibilidad, los cambios continuos de aspecto por un mimetismo inmediato con modelos de identificación muy pasajeros y variables, y sobre todo el que no ocurran como fenómeno que consolida su pertenencia a un grupo de coetáneos, suelen caracterizar al border-line. La necesidad de construirse una falsa apariencia, con exageradas manifestaciones de fuerza y provocación, puede llegar a la necesidad de recurrir, para con-

22 A. Lasa, Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias, *Psicopatol salud ment.* 2003, 2, pp. 53-74.

firmar su fortaleza, a la agresión repetida de los más débiles (niños y ancianos, vagabundos, homosexuales, y, como ocurre a diario en un contexto de institución terapéutica, a los “más subnormales” o “más locos”).

El cuerpo **“adverso”** se caracteriza por ser vivenciado como incontrolable y explosivo, y, en diferentes grados, detestable y culpable de todo malestar psíquico. Esta imagen se corresponde con la necesidad de que la rabia narcisista destructiva encuentre una víctima sobre la que descargar. “Te odio, te castigo, te destruyo” son, a menudo, las palabras con que en ciertos diarios expresan los adolescentes esta tendencia autoagresiva hacia su cuerpo decepcionante y responsable de su malestar. Pero, sobre todo, los sentimientos que les llevan a todo tipo de actos y conductas con las que agreden a su cuerpo, como si les fuera ajeno. La variedad y frecuencia de ataques, estéticos y físicos, a su cuerpo es de sobra conocida: desde las quemaduras, escarificaciones, multiperforaciones, etc., hasta otras variantes “ascéticas” de punición y privación de placer, o de imposición de cadenas, “grilletes”, y otras cargas y aditamentos pesados y ferruginosos. En las variantes más extremas las tendencias suicidas, o el flirteo permanente con el riesgo extremo, que además queda banalizado y negado con una actitud de prepotencia, plantean situaciones clínicas muy difíciles.

Como es fácil de deducir los adolescentes border-line construyen su imagen corporal conforme a las dos últimas variantes, que corresponden a su insuficiente equilibrio narcisista y a las oscilaciones de su autoestima. Pero su expresión, a través de la imagen y la conducta corporal, puede ayudarnos a abordar esta problemática subyacente que, por sus dificultades de verbalización e introspección, resulta difícilmente accesible.

Influencias externas y diagnóstico clínico

El paso por la adolescencia tiene algunas características generales que se superponen y refuerzan aspectos de funcio-

namientos propios o prevalentes de ciertos tipos de personalidad y que pueden inducir a errores clínicos al tomar fenómenos pasajeros como elementos de un diagnóstico definitivo. En nuestra experiencia conviene considerarlos, en principio, como situaciones transitorias, esperando para confirmar un diagnóstico de trastorno de la personalidad a la observación más prolongada de “macrosecuencias” evolutivas. También ocurre que el carácter grupal y compartido de ciertas actitudes y conductas nos dificulta el distinguir si ciertas alteraciones son “sociales” o “patológicas”.

En particular, y en primer lugar, conviene valorar cuidadosamente **situaciones frecuentes que a cualquier adolescente le aproximan al funcionamiento border-line** tales como:

- las oscilaciones habituales normales del tono afectivo y relacional que pueden tener particular intensidad y duración;
- su tendencia natural a la discontinuidad, inconstancia y volubilidad, que condiciona cambios permanentes, interrupciones injustificadas, entusiasmos perecederos y “bajones inexplicables”;
- las dudas y confusión respecto a su nueva identidad
- la facilidad con que deforman, por razones emocionales y afectivas, o aún más por usar sustancias tóxicas, su criterio de realidad.

Estas situaciones incluyen episodios y manifestaciones normales, aunque llamativas y a veces inquietantes, tales como: omnipotencia e idealización del pensamiento; oscilaciones entre desvalorización y euforia hipomaníaca; deseos y temores de relaciones de dependencia fusional; reacciones de hipersensibilidad al abandono; tendencias dismorfofóbicas y sensibilidad autoreferenciales; oscilaciones entre períodos de hiperactividad y de inhibición y apoltronamiento; tendencia a quejas hipocondríacas regresivas

Si, de un lado, el adolescente normal presenta tales manifestaciones “casi border-line”, de otro lado, el auténtico bor-

der-line que entra en la adolescencia con su identidad inconsistente y su particular inestabilidad emocional y relacional, se ve llevado a mimetizar, calcar y someterse a los clichés habituales de los grupos de adolescentes, en los que generalmente trata de entrar sin consolidar una pertenencia estable en ellos.

En segundo lugar, merece particular atención la facilidad con que se contagian de las habituales **tendencias y conductas “psicopatiformes o psicopatizantes”** de los grupos de adolescentes.

Señalo alguna de ellas, que se extienden fácilmente, por la tendencia natural de todo adolescente al respeto y fidelidad total a las leyes y hábitos de su grupo, porque necesita de esta sintonía incuestionable para reafirmar su “neoidentidad” grupal:

- Contagio de tono hipomaniaco y megalómano: “no hay nadie como nosotros, todos los demás son unos pingaos”.
- Tendencia compartida a la obtención de gratificación inmediata (avidez oral) y a la exigencia violenta (sadismo anal): “que nos lo den ya y si no se van a enterar”.
- Dilución de la responsabilidad y la culpa individual en el anonimato colectivo protector: “hemos sido todos”.
- Desculpabilización y aconflictividad de la arrogancia: “hago lo que harían todos si no fuesen tontos o caguetas”.

En tercer lugar, hay que valorar los aspectos clínicos derivados de la **intensa necesidad de autoafirmación narcisista** del adolescente, que plantea dudas clínicas porque la exacerbación de la hipersensibilidad hacia el otro y hacia su propia imagen nos obliga a diferenciarlo de un verdadero un trastorno narcisista de la personalidad.

Reseñando estas tendencias naturales del adolescente, –y también veremos en el border-line su imitación o consolidación–:

- Fragilidad-hipersensibilidad y dependencia de la opinión y de la mirada del otro.
- Tendencia al egocentrismo y la autoreferencia.

- Actitudes de arrogancia y la necesidad de construir un ideal de yo (autoimagen) grandioso.
- Actitudes menospreciantes, sobre todo de padres y de otros adultos.
- Reacciones de fanfarronería, orgullo y prestancia (fijación al narcisismo fálico).
- Descargas de sadismo y autoritarismo (fijación al narcisismo anal).
- Hipocondría regresiva acaparadora.

PLANTEAMIENTOS Y PROBLEMAS TERAPÉUTICOS

Los parámetros psicopatológicos

Trataré de resumir los “ejes” sobre los que basamos nuestra observación clínica, que son también los “temas” en torno a los que se organiza la intervención psicoterapéutica (sea individualmente o compartida en equipo con intervenciones psico-educativas complementarias: reeducación psicomotriz y del lenguaje, pedagogía relacional individualizada, etc.).

Todos ellos resultan de los mecanismos psicopatológicos que he ido describiendo, y que deben calificarse como tales por:

- su tendencia repetitiva;
- la incapacidad del niño para modificarlos sin ayuda externa;
- su efecto amputante de las capacidades potenciales del niño;
- su repercusión constante y cada vez más irreversible en el desarrollo psíquico.

Por lo tanto cualquier variación, a mejor o a peor, en estos mecanismos, supone un criterio de evaluación y pronóstico y una guía para la intervención terapéutica.

Como se ve también todos tienen una doble particularidad:

- la de estar presentes tanto en el funcionamiento límite como, en mayor o menor grado, en otros muchos niños hiperactivos, por no decir en todos;

- la de condicionar cualquier intento de relación que además es indispensable para que se pueda intentar modificarlos.

Defensas maníacas

Se plasman en una actitud que dificulta cualquier intervención relacional y cuyos elementos fundamentales son:

Como mecanismo antidepresivo que son, tratan de combatir un sentimiento de desvalorización que les lleva a no aceptar ninguna necesidad de ayuda, en gran parte por temor a nuevos fracasos.

Cualquier intento terapéutico choca con su tendencia general a negar sus propias dificultades y a iniciar tareas difíciles.

Las constantes proyecciones acusatorias y las ideas y sensaciones de autoreferencia acompañantes, “confirmadas” por experiencias de fracaso anteriores, se oponen activamente a una relación terapéutica basada en la confianza.

La posición del terapeuta tendrá que insistir en su intención de ayuda, salvando las dificultades contratransferenciales inevitables que esta actitud maníaca del niño conlleva (rechazo, menosprecio, “indiferencia” y “desinterés”). En contrapartida, el punto esencial sobre el cual se basan las posibilidades terapéuticas es la necesidad desesperada, del niño; de agarrarse a una relación estable en la que apoyarse “para todo”.

Dificultades en la integración corporal y organización motriz

- La torpeza motriz y la impaciencia son la cara conductual visible de la ausencia “piel psíquica”, de su incapacidad de contenerse y de soportar la espera.
- La regulación de ritmos, secuencias, límites será una tarea fundamental en la que tendrán que experimentar el paso de la incapacidad al ejercicio y el logro, progresivo y con esfuerzo.

- Igualmente deberá transformar el predominio de la evacuación emocional y la impulsividad motriz hacia la canalización pulsional.

Todo ello nos lleva, en nuestra experiencia clínica a utilizar preferentemente, –sobre todo como actividad preparatoria a intervenciones más centradas en la elaboración psíquica, que inicialmente les resulta más dificultosa–, técnicas basadas en terapias psicomotrices que permiten abordajes más lúdicos, mejor soportados, y la inclusión gradual de elementos que van permitiendo un trabajo de introspección (comentarios “del juego”, escenas representadas en juego de roles, tolerancia de dificultades y torpezas compartidas, etc.).

Vulnerabilidad narcisista

- El déficit de la capacidad de ilusionarse con nuevas tareas es la norma en estos niños con una historia previa de fracasos repetidos. Por eso, frente a cualquier nueva propuesta, tienden a evitarla con actitudes y tácticas diversas, más que a aventurarse en ella arriesgándose otra vez a un nuevo fracaso.
- La consecuencia –porque a hacer bien se aprende haciendo primero mal y después regular–, es que la renuncia a la práctica y esfuerzo les condena a la cronicación de sus limitaciones instrumentales y sus carencias cognitivas y del aprendizaje.
- Su particular dependencia anaclítica y su inestabilidad afectiva hace que su oscilación entre el control y búsqueda permanente del otro y la ruptura, decepción y desinterés bruscos ante cualquier aproximación, coloque a cualquier intento terapéutico o educativo al borde de la ruptura y el abandono.

Por lo tanto, todo proyecto terapéutico, ya de por sí difícil, exige un particular trabajo de coordinación que garantice la continuidad de cuidados entre profesionales dispuestos a colaborar en proyectos individualizados para cada caso y siempre largos. Merece particular mención decir que si no se

puede garantizar unos recursos mínimos indispensables conviene no embarcarse en promesas terapéuticas ilusorias, que forzosamente conllevarán decepciones y rupturas complicadas. Igualmente insistiré, para evitar un negativismo que nos condena a la inactividad, en que hay que distinguir entre las dificultades de estos tratamientos y la imposibilidad de realizarlos.

Fallos en la capacidad de auto-tranquilización

Resultado de las carencias en la interiorización de mecanismos, intrapsíquicos, de regulación emocional y canalización pulsional, –consecuencia de fallas relacionales precoces y de las características temperamentales correlativas–, es necesario abordar y resolver:

- la incapacidad de disfrutar de un espacio imaginario y de poder realizar operaciones mentales placenteras;
- la imposibilidad de espera de la satisfacción, precisamente porque la actividad mental que permite diferirla es displacentera;
- la tendencia sustitutiva a calmarse por agotamiento físico, “llenando” con hiperactividad el malestar o el vacío que produce el esfuerzo mental.

Marco general del tratamiento

Si, como pensamos, se trata de intentar modificar un funcionamiento organizado durante años, que además es consecuencia y causa de interacciones perturbadas y a su vez patógenas, se hace indispensable para intervenir sobre éstas, ayudar terapéuticamente tanto al niño, –de forma intensiva, prolongada, y si es posible temprana–, como a su familia. Además también suele ser necesario coordinarse con otros profesionales, y en particular con los medios escolares.

A sabiendas de que este plantamiento suele conllevar la reacción crítica inmediata de que es “utópico”, por los recursos y costes que implica, conviene responder que es el único

posible para ser eficaces y para evitar los costes (psíquicos y económicos; personales familiares y sociales) asociados a un trastorno cronicado con tan serias consecuencias.

Este abordaje terapéutico múltiple puede, y suele, realizarse ambulatoriamente.

Cuando las realidades asistenciales lo permiten, los diversos dispositivos de tipo hospital o centro de día son de gran ayuda, y en muchos casos imprescindibles, porque facilitan la confluencia y la coordinación, bajo el mismo techo y en un proyecto compartido en equipo, de los múltiples abordajes terapéuticos multiprofesionales, que deben ser organizados, en cuanto a su "dosis", su especificidad y su momento, en proyectos individualizados para cada niño.

No es infrecuente que un dispositivo de hospitalización en crisis agudas, en un medio con experiencia y medios específicos de psiquiatría infanto-juvenil, se haga imprescindible en ciertas situaciones de urgencia: tentativas o riesgo de suicidio, agitación permanente, desbordamiento escolar y familiar masivo, carencia de estructura y contención familiar mínima.

La utilización de psicofármacos merece algunos comentarios.

El primero que por desgracia no tenemos fármacos curativos o con efectos específicos sobre las alteraciones de la personalidad límite. Por tanto, el abordaje exclusivamente farmacológico es insuficiente y la prescripción de psicofármacos debe ir unida a su inclusión en un proyecto terapéutico más amplio.

La utilización de los psicofármacos habituales (en particular ciertos ansiolíticos y antipsicóticos atípicos y algunos anti-depresivos) tiene buenos efectos sintomáticos en situaciones frecuentes: crisis o periodos de intensa ansiedad, episodios de confusión y ansiedad psicóticas, inhibición depresiva, rumiaciones obsesivas, melancoliformes o persecutorias particularmente invasivas.

Respecto a los efectos del metilfenidato, como es sabido útiles en otros tipos de hiperactividad, no tienen, en nuestra experiencia, efectos favorables en la hiperactividad de los

niños con personalidad límite, particularmente sensibles a sus efectos excitantes y euforizantes.

Nuestra práctica en centro de día nos ha aportado una particular enseñanza. Y es que, habitualmente, las apreciaciones de la familia de los efectos del fármaco así como la exactitud de sus informaciones sobre dosis y tomas, están alejadas de la realidad. No se trata de ocultar o mentir conscientemente, cosa que es infrecuente, sino de apreciaciones subjetivas, muy deformadas por la angustia del momento, por sus propias ideas de lo que es un psicofármaco o un trastorno mental, o por su influenciabilidad desde cualquier otra opinión no profesional y en particular de la mediática o de la familiar. Tampoco otros adultos, profesionales o no, si se ven directamente afectados por las “turbulencias” de estos niños, se libran de emitir juicios, opiniones, o (des)informaciones, que nos conminan a hacer cambios de dosis o de fármacos, poco fundadas si se evalúan las cosas más objetivamente. Puede parecer sencillo hacerlo así y tomar las decisiones correctas, pero en la práctica resulta muy complicado que el niño, la familia y los profesionales, confíen en la eficacia y adecuación de la indicación farmacológica, lo que exige seguridad, fiabilidad y experiencia por parte de quien hace la prescripción.

En cualquier caso, la eficacia, aceptación, credibilidad y cumplimiento del tratamiento farmacológico se ve siempre facilitada y mejorada por el acompañamiento combinado de otras intervenciones terapéuticas adecuadas.

La psicoterapia

Condiciones básicas

Necesita de unos requisitos previos mínimos sin los cuales su viabilidad resulta muy complicada o imposible.

El primero es la presencia de un ambiente familiar suficientemente estructurado para acompañar y sostener al niño y colaborar con los profesionales en el tratamiento, o al menos no oponerse, activa o pasivamente, a sus propuestas.

Esta predisposición favorable de parte de la familia permitirá el desarrollo de otro requisito indispensable. **La familia** debe ser informada regularmente de las dificultades del niño, y de los objetivos y cambios esperables con la psicoterapia, y de sus progresos y estancamientos.

En nuestra experiencia, la adopción de medidas terapéuticas específicamente dirigidas a la familia es posible y necesaria, pero frecuentemente exige toda una serie de acciones de mediación previas. Entre otras, informarles e interesarles en el tratamiento de su hijo puede ser una de las más útiles (junto con la ayuda directa en la resolución de problemas cotidianos: dificultades burocráticas o de adaptación social de la familia, resolución de los problemas de escolarización del niño, etc.).

El hecho frecuente de que el niño border-line conviva con un ambiente familiar desestructurado es por lo tanto un serio obstáculo a la indicación de psicoterapia. En nuestra opinión, la única posibilidad de salvarlo es el poder disponer de medios institucionales, que permitirán una suplencia de las carencias de contención y elaboración de estas familias que, si las cosas funcionan bien, se benefician también del soporte institucional en el que depositan la atención a muchas de sus propias necesidades.

En cuanto al marco del **trabajo psicoterapéutico con el niño**, requiere un mínimo de intensidad y continuidad. Nos parece necesaria para lograr cambios significativos y estables una frecuencia mínima de 2-3 sesiones semanales durante 1-2 años. Las características más o menos favorables de la familia y del medio escolar y la experiencia y continuidad del equipo terapéutico inciden mucho en la eficacia y desarrollo del tratamiento y por ello en su duración y desenlace.

En cuanto a la edad más indicada, es fácil de deducir que desde nuestra comprensión y experiencia pensamos que debe iniciarse cuanto antes mejor, una vez que los elementos clínicos nos confirmen el funcionamiento límite. Esto ocurre en los casos más graves ya a partir de los 5-7 años. Esta aparente "corta edad" no debe inducir a una actitud de espera sino de

intervención intensiva, porque la experiencia muestra que ni mejoran espontáneamente ni la dedicación escolar mejor intencionada tiene efectos terapéuticos directos. Son precisamente los casos graves, tratados pronto e intensivamente, los que mejoran más espectacularmente.

Una vez en marcha, una de las mayores dificultades técnicas de estas psicoterapias es la utilización defensiva y repetitiva del juego, utilizado exclusivamente como vía de descarga de excitación y no como medio de elaboración y verbalización. Lo es también con frecuencia la dificultad de contener y canalizar la tendencia a la desinhibición pulsional, sexual y agresiva.

La tendencia del niño a la escisión y la fragmentación, en todo lo que hace y expresa, es otra gran dificultad porque dificulta una visión conjunta y compartida de la globalidad de su funcionamiento por parte de los diferentes profesionales y de la familia, que ven y conviven, cada uno de ellos, con un niño diferente. Por eso se hace imprescindible la puesta en común, de informaciones parciales y dispersas, en reuniones del equipo terapéutico y educativo y con la familia.

Objetivos y parámetros específicos de la psicoterapia

En la maraña de temáticas, fantasías y conductas, que suelen activarse, con frecuencia en forma desordenada, caótica y productiva, conviene tener alguno “ejes” o “guías” que hacen de hilo conductor que nos permite organizar nuestra comprensión y nuestras intervenciones. Con su utilización, tratamos de anotar lo que ocurre, y de analizarlo en espacios de reflexión y supervisión, restableciendo la continuidad de las secuencias de comportamiento observadas en el niño, y su correspondencia e interrelación con estos parámetros²³, –metapsicológicos y psicopatológicos– que son los siguientes, y que “cruzamos” con los que se proponían anteriormente:

²³ Que se inspiran en la comprensión psicopatológica desarrollada por Misès y recogen también las propuestas de Paulinas F. Kernberg.

- Esclarecimiento de los límites y roles generacionales y sexuales, tratando de llevar al niño desde su percepción deformada de la realidad hasta una percepción más objetiva de sus padres y de los adultos, de lo que les diferencia entre sí y con respecto a él.
- Verbalización y diferenciación de sentimientos propios y ajenos. Aceptación de limitaciones suyas y de sus padres. Capacidad de soportar y nombrar fallos básicos de su entorno.
- Neutralización de los mecanismos de escisión y progreso en la integración de aspectos negados y/o no expresables, o fragmentados en expresiones dispersas e inconexas. (Lo cual exige un trabajo de equipo destinado a compatir e integrar continuamente informaciones parciales, frecuentemente desechadas, a pesar de su importancia, por su carácter fragmentario o porque el interlocutor elegido no parece relevante).
- Consolidación y evolución de la integración en el Superyo de sus diferentes componentes (flexibilización desde aspectos normativos sádicos y rígidos, –“superyo perseguidor y punitivo”– hacia la inclusión progresiva –en un “superyo protector”²⁴– de ambivalencia, tolerancia, y en los mejores casos ironía y humor: capacidad de bromear sobre defectos propios o ajenos).
- Progresión en las relaciones con sus compañeros, en particular comprensión y respeto de reglas lúdicas (juegos sociales) y ejercicio de la tolerancia en la competición (aceptar y tolerar superioridad e inferioridad).
- Resolución de conflictos pre-edípicos: fusión y confusión en relaciones indiferenciadas; reacciones de pánico ante cualquier amenaza de cambio real o fantaseado; ajuste

24 Conforme a la doble función y naturaleza, clásicamente descrita por Nunberg, y que se diferencia desde la amenaza que sanciona por lo mal hecho hacia la sugerencia de lo que conviene hacer y el placer que se obtiene con ello.

de imagos, parentales y de otros adultos, grotescas exageradamente amenazantes.

- Atenuación de la ansiedad catastrófica (amenaza a la integridad corporal y mental, fantasías de destrucción, enfermedad y locura).
- Comprensión y elaboración de las tendencias a la somatización y verbalización de deseos y temores relacionales subyacentes.
- Diferenciar, matizar y atenuar los diversos tipos de impulsividad y de agresividad (y en particular las que derivan de una defensa ante angustias y limitaciones del funcionamiento-fracaso yoico y de sentimientos proyectivos de amenazas “externas” a su identidad). Capacidad de percibir y verbalizar como propios sentimientos contrapuestos (acceso a la ambivalencia).

BIBLIOGRAFÍA²⁵

- AARKROG T., (1981), The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood: Borderline adolescents in psychiatric treatment and five years later. *Acta Psychiat. Scand.* Suppl. 293, 1-300.
- AKHTAR S., SAMUEL S., (1996), The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement, *Harvard Review of Psychiatry*,3(5); 254-267.
- AUGUST G.J., STEWART M.A., (1982), Is there a syndrome of pure hyperactivity?, *Brit.J. Psychiat.*, 140, 305-311.
- BEMPORAD J., et al. (1982), Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis, *American Journal of Psychiatry* 139(5), 559-602.
- BERGER M. (1999), *L'enfant instable*, París, Dunod.
- BERGERET J.,(1970), Les etats limites, *Rev.Fr. Psychanal*, 34, 4, 600-634. París, PUF.
- BERGERET J., (1970), Les etats limites, *Encycl, Med-Chir, Psychiatrie*, tomo III, 37395, A10, 1-13, París.
- BERGERET J., (1975), *La dépression et les états limites*, París, Payot.
- BERGERET J., (1980), *La personalidad normal y patológica*, Barcelona, Gedisa.
- BERGERET J., (1990), *La violencia fundamental*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- BERGERET J., (1997), La infancia y la adolescencia de un estado límite. La psicogénesis depresiva, *Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 10; 29-44.
- BERGERET J., et als., (2000), *Psychologie pathologique théorique et clinique*, París, Masson (8ª edición)
- BERNSTEIN D., COHEN P., SKODOL A., BEGIRGAMAIN S., y BROOKS J, (1996), Childhood antecedents of adolescent personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 907-913.

25 Sólo incluye la bibliografía referente al trastorno límite de personalidad y no la referida más específicamente a la hiperactividad, ya incluida en la primera parte de este artículo, –anteriormente publicado en esta revista– Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I- Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 31/32 5-81 (2001), salvo la publicada posteriormente o la no citada allí.

- BIEDERMAN J., FARAONE SV., LAPEY K., (1992), Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorder. En: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, Ed: Weiss G., Philadelphia, WB Saunders.
- BLOS P., (1967), The second individuation process of adolescence, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- BOUVET M., (1967), *Oeuvres psychanalytiques*, (pgs 310-436), París, Payot.
- BROWN T.E (Ed.), (2003), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños adolescentes y adultos*, Barcelona, Masson.
- CHAINE F., GUELFY J.D., (1999), États limites, *Encycl.Med. Chir (Elsevier Paris)*, Psychiatrie, 37-395-A-10.
- CHILAND C., LEBOVICI S., (1977), Borderline or prepsychotic conditions in childhood. A french point of view. En: HARTOCOLLIS P. (Ed.), *Borderline personality disorders*, New York, Inter. Univ. Press, 143-154.
- COHEN D.J., TOWBIN K.E., MAYES L.C., VOLKMAR F.R.(1994), Developmental psychopathology of multiplex developmental disorder. En S.L. Friedman, H.C. Haywood (Eds.): *Developmental Follow-up: Concepts, Genres, Domains and Methods*, New York, NY, Wiley (p. 155-179).
- CONNERS C.K., (1997), Is ADHD a disease?, *Journal of Attention Disorders*, 2:3-17.
- DELION P., GOLSE B., (2004), Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles, *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37-201-C-10, Paris, Elsevier.
- DENCKLA M.B., (1966), A theory and model of executive function, En: *Attention, Memory and Executive Function*. Ed: LYON G.R., Baltimore, Paul H. Brookes.
- DERRYBERRY D., ROTHBART M., (1997), Reactive and effortful processes in the organization of temperament, *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.
- DIATKINE G., (1983), *Transformations de la psychopathie*, París, PUF.
- DIATKINE G., BALIER C., (1995), Psychopathie chez l'enfant et l'adolescent, En: Lebovici S., Soulé M., Diatkine R., *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, (pags.1363-1411). París, PUF.
- DIATKINE R. (1969), L'enfant prépsychotique, *Psychiatrie de l'enfant*, XII, 2, 413-446.

- DOPCHIE N., (1968), Le syndrome hyperkinétique, *Psychiat. Enfant*, XI, 2, 589-629.
- ERICKSON E., (1968), *Identity: Youth and Crisis*. New York, W.W. Norton.
- FLAVIGNY C., (1988), Psychodynamique de l'instabilité infantile, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 2, 445-473.
- FONAGY P., TARGET M., (1997), Attachement and reflective function: their role in self-organisation, *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- FONAGY P., *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. ESPAXS.
- GRINKER R.R., WERBIE B., (1977), *The borderline patient*, New York, Jason Aronson.
- GUNDERSON J.G., KOLB J.E., AUSTIN V., (1981), The Diagnostic interview for borderline patients, *Am J Psychiatry*; 138; 896-903.
- GUNDERSON J.G., PHILLIPS K.A., (1991), A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *Am J Psychiatry*; 148; 967-975.
- GUNDERSON J.G., ZANARINI M.C., (1989), Pathogenesis of borderline personality, *Rev Psychiatry*; 8; 25-48.
- HERMAN J., PERRY C., VAN DERKOLK B., (1989), Childhood trauma in borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 146:490-495.
- JEAMMET PH., (1978), A propos des dysharmonies évolutives de l'enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, XXI, 2, 639-648.
- JENSEN P.S., MARTIN D., CANTWELL D., (1997), Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-IV, *J. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1065-1079.
- KAGAN J., ZENTNER M., (1996), Early childhood predictors of adult psychopathology, *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 341-350.
- KERNBERG O., (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson.
- KERNBERG O., (1976), Narcissisme normal et pathologique, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 13-7-37.
- KERNBERG O., (1977), The structural diagnosis of borderline personality organization. En: *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. M.P. Hartocollis (Ed.) New York, I.U.P.
- KERNBERG O., (1978), The diagnosis of borderline conditions in adolescence. En: S. Fenstein y P. Giovacchini (Eds.), *Adolescent Psychiatry*, volume 6, 298-319, Chicago, University of Chicago Press.

- KERNBERG O., (1989), A propos du narcissisme pathologique, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 7, 15-38.
- KERNBERG O., (1996), A psychoanalytic theory of personality disorders. En: J.F. Clarkin y M. Lenzenweger (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder*, (págs. 106-137), New York, Guilford Press.
- KERNBERG O., (1998), Relation d'objet, affects et pulsions: vers une nouvelle synthèse, *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n.º 23 "Les liens"; pgs. 21-40.
- KERNBERG P.F., (1979), Psychoanalytic profile of the borderline adolescent, *Adolescent Psychiatry*, 8, 234-256.
- KERNBERG P.F., (1983), Borderline conditions: Childhood and adolescent aspects. En: Robson K.S. (Ed.), *The borderline child*, (págs. 101-119), New York, McGraw-Hill.
- KERNBERG P.F., (1988), Children with borderline personality organization. En C.J Kestenbaum y D.T. Williams (Eds.), *Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents* (págs. 604-625), New York, New York University Press.
- KERNBERG P.F., (1989), Troubles narcissiques de la personnalité à l'enfance, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 7, 39-76.
- KERNBERG P.F., (1990), Debate forum-Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- KERNBERG P.F., (1991), *Children with Conduct Disorders*, New York, Basic Books.
- KERNBERG P.F., (1991), Personality disorders. En: J.M Wiener (Ed.), *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (págs. 515-533), Washington D.C., American Psychiatric Press.
- KERNBERG P.F., WEINER A.S., BARDENSTEIN K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*, New York, Basic Books.
- KESTENBAUM C., (1983), Borderline Children at risk for major psychiatric disorders in adult life. En: K. Robson (Ed.), *The Borderline Child*, (pp. 48-82), New York, McGraw-Hill.
- KLIN A., MAYES L.C., VOLKMAR F.R., COHEN D.J. (1995). Multiplex Developmental Disorders, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16,(3),7-11.
- KOHUT H., (1971), *The Analysis of the Self*, New York, International Universities Press. Traducción española: (1977), *Análisis del Self*, Buenos Aires, Amorrortu.

- KOHUT H., (1977), *The Restoration of the Self*, New York, International Univ Press. Traducción española: (1980) *La restauración del sí-mismo*, Barcelona, Paidós.
- KOHUT H., (1980), Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44(2), 147-170.
- LANG J.L. (1978), *Aux frontières de la psychose infantile*, P.U.F., París.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., (1963) Essai d'approche de la notion de prépsychose en psychiatrie infantile, *Bull. Psychol.*, 17,1, 20-23.
- LEIGHTMAN M., NATHAN S., (1983), A clinical approach to the psychological testing of borderline children. En: ROBSON K.S., *The Borderline Child-Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment* (pp. 121-170), New York, McGraw-Hill.
- MARCELLI D., (1983), *Les états limites en psychiatrie*, París, PUF.
- MASTERTON J.F., (1971), Diagnostic et traitement du syndrome borderline chez l'adolescent, *Confrontations psychiatriques*, 7,103-124.
- MAZET P., HOUZEL D., (1971), *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, París, Maloine.
- MAZURE C.M., y DRUSS B.G., (1995), Historical perspective on stress and psychiatric illness. En: Does Stress Cause Psychiatric Illness? Ed. Mazure C.M., Washington, American Psychiatric Press.
- MCGLASHAN T.H., (1987), Borderline personality disorder and unipolar affective disorder: Long-term effects of comorbidity, *J Nerv Ment Dis*, 175; 467-477.
- MICOUIN G., BOUGRIS J.C., (1988), L'enfant instable ou hyperkinétique, un étude comrée des concepts, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 2, 473-507.
- MILLON T., (1993), The borderline personality: a psychosocial epidemic. En: *Borderline personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press.
- MILLON T.,(1998), *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Barcelona, Masson.
- MISÈS R.(1981), Les dysharmonies évolutives de l'enfant. En: *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, Privat.
- MISÈS R.(1990). *Les pathologies limites de l'enfance*, P.U.F, Paris.
- MISÈS R., PERRON R. (1993), L'adolescence des enfants autistes et psychotiques: une recherche, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41, (1-2), 36-50.

- MISÈS R. (1994). Pathologies limites de l'enfance, *Encycl. Méd. Chir.*, (Paris), Psychiatrie, 37-201-A-30.
- MISÈS R.(1995). *Les pathologies limites de l'enfance*. En: Lebovici S., Diatkine R., y Soulém, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, (pgs. 1347-1362), P.U.F, Paris.
- MISÈS R. (2000). Les dysharmonies psychotiques: une approche nosographique, *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.*, (2000); 48; 96-401.
- MISÈS R., (2000), Actualidad de las patologías límites del niño, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30; 5-19.
- PALACIO ESPASA F., DUFOUR R., (1994), *Diagnostic structurel chez l'enfant*, Paris, Masson.
- PALACIO ESPASA F., (2000), Prépsychose chez l'enfant, En: *Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant*, Paris,PUF.
- PALACIO ESPASA F., (2000), *Los niveles del conflicto depresivo*, Madrid, Infancia y Desarrollo.
- PETTI T.A., RICARDO M.V., (1990), Borderline Disorders of Childhood: An overview., *J.Am.Acad.Child Adoles. Psychiatry*, 29,3,327-337.
- PINE F., (1974). On the concept "borderline" in children: A clinical essay, *Psychoanalytic Study of the Child* 29: 391-398.
- PINE F. (1983). A working nosology of borderline syndromes in children. En: K.S. Robson (Ed.), *The borderline child- Approaches to etiology, diagnosis and treatment*, New York, McGraw Hill (p. 83-100).
- RINSLEY D.B., (1980), The development etiology of borderline and narcissistic disorders. *Bulletin of Menninger Clinic*, 44, 127-134.
- RINSLEY D.B., (1980), Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents, *Bulletin of Menninger Clinic*, 44, 147-170.
- ROBSON K.S., (1983), *The Borderline Child: Approaches to etiology, diagnosis, and treatment*, New York, McGraw-Hill.
- ROGENESS G.A., MCCLURE E.B., (1996), Development and neurotransmitter-environment interactions, *Dev Psychopathol* 8: 183-199.
- SHAPIRO T., (1990), DEBATE FORUM-Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- SKODOL A.E., OLDDHAM J.M., (1996), Phenomenology, differential diagnosis and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. En: *Impulsivity and Compulsivity*. Ed: Oldham J.M., Hollander E., Skodol A.E., Washington, American Psychiatric Press.

- SOLOFF P.H., MILLWARD J.W., (1983), Psychiatric disorders in the families of borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 40; 37-44.
- STERN D. F., (1985), *The Interpersonal World of the Infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*, New York, basic Books.
- STONE M.H., (1989), *Long-term follow-up of borderline patients: the PI-500*, New York, Guilford Press.
- STONE M.H., (1993), Long-term outcome in personality disorders, *Br J Psychiatry*, 162; 299-313.
- TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN C., BOTBOL M., LBOVICI S., COHEN D.J. (1997), "Dysharmonies psychotiques" et "Multiplex Developmental Disorder": Histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p. 473-504.
- TOWBIN K.E., KLIN A., COHEN D.J. (1997), Diagnosis and classification of autism and related conditions: Consensus and issues, En: Donald J. Cohen y Fred R. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*, New York. John Wiley & Sons, (p. 5-40).
- VELA R., GOTTLIEB E. y GOTTLIEB H., (1983), Borderline syndromes in childhood: A critical review. En: Robson K.S., (Ed.), *The Borderline Child: Approaches to etiology, diagnosis, and treatment*, New York, McGraw-Hill.
- VERHULST F.C., (1984), Diagnosing borderline children. *Acta Paedopsychiat.* 50: 161-173.
- VOLKMAN V.D., (1979), The glass bubble of the narcissistic patient in advances. En: Caponi L.J., (Eds), *Psychotherapy of the borderline patient*. New York: Jason Arosen.
- WENING K., (1990), Borderline Children: A closer look at diagnosis and treatment, *Am J Orthopsychiatry*, 60, 225-232.
- WIDLOCHER D., (1969), Traits psychotiques et organisation du Moi. En: Problematique de la psychose, Actas del Coloquio de Montreal, Excerpta Medica Found., 1, 179-187.
- WIDLOCHER D. (1977), Etude psychopathologique des états prépsychotiques, *Rev. Neuro-psych. Infant*, 21, 735-744.
- WIDLOCHER D. (2000), *Les états limites*, P:U:F., Paris.
- ZANARINI M.C., GUNDERSON J.G., MARINO M.F et al., (1979), Childhood experiences of borderlines, *Compr Psychiatry* 20; 29-46.
- ZANARINI M.C., (1993), Borderlin personality disorder as an impulse spectrum disorder. En: *Borderlin personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press.

PSICOPATOLOGÍA PRECOZ Y ÁMBITO ESCOLAR*

Xabier Tapia Lizeaga**

En esta intervención voy a tratar de exponer una serie de reflexiones surgidas en torno a las reuniones de coordinación con profesionales de la enseñanza desde un centro de salud mental infanto-juvenil y un equipo de atención temprana. Expondré asimismo algunas consideraciones sobre determinadas prácticas y formas de integración escolar de niños de corta edad con graves problemas en su desarrollo.

INTRODUCCIÓN

Entre nuestros referentes de origen francófono existe una larga tradición en el tema de la articulación entre las intervenciones terapéuticas y las pedagógicas.

En nuestro entorno más inmediato cabe afirmar que en términos generales, no ha habido ni hay prácticamente debate, salvo en contadas excepciones y en ámbitos muy concretos, porque ni siquiera se plantea la dimensión psicopatológica. Hay algunos factores que pueden ayudar a entender esta situación:

- La precariedad de la asistencia psiquiátrica.
- La cada vez mayor precocidad y universalización de la escolarización.

* Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

** Psicólogo Clínico. Correspondencia: c/ Barraincua, 16-1º Izda. 48009 Bilbao.

- La tradición de la estimulación precoz como abordaje “terapéutico”.
- El reordenamiento y desarrollo de la Educación Especial que en la década de los 70 experimenta afortunadamente una profunda transformación.
- El concepto de deficiencia, central hasta entonces, pasa a segundo plano, siendo sustituido por el de “necesidades educativas especiales”, que significa que un alumno, sea cual sea la deficiencia que tenga, tiene problemas de aprendizaje a lo largo de su escolarización y precisa de una atención más específica y de mayores recursos educativos. El énfasis se pone en la escuela, en la respuesta educativa.
- Esta nueva concepción se traduce en una nueva práctica normalizadora o integradora, ofreciéndose la respuesta educativa en y desde los propios centros ordinarios. Recientemente se hace hincapié en la noción de inclusión o de escuela inclusiva que se prepara para asumir la diversidad.

Estos factores ayudan a entender que desde determinados planteamientos escolares, prácticamente ni se plantea una reflexión sobre la articulación de la vertiente escolar y terapéutica, sencillamente porque, o no existe esta última, o si existe no se la toma en consideración, o sólo se la tiene en cuenta en términos de estimulación precoz.

Últimamente predominan en determinados estamentos del sistema educativo una serie de líneas de fuerza o estilos de actuación con los niños con psicopatología grave que voy a tratar de exponer de forma crítica e inevitablemente parcial.

Se trata de una experiencia personal que no excluye otras, muy diferentes, en las que la colaboración y el reconocimiento mutuos entre los profesionales de ambos ámbitos son un hecho prácticamente habitual.

LAS REUNIONES DE COORDINACIÓN

La distribución numérica habitual de estas reuniones suele ser reveladora:

- por “parte pedagógica”: la tutora, la P.T., el logopeda, la auxiliar, el profesional del EMP, la consultora;
- por la “otra parte”: el o la profesional de salud mental o de atención temprana.

En estas reuniones surgen una serie de temas:

1. Destacan en primer lugar las diferentes fórmulas de integración escolar

Actualmente se perfila, de hecho, una tendencia mayoritaria hacia la integración en aula ordinaria y a tiempo completo con comida incluida: aproximadamente 5-7 horas. Hablamos de niños de 2-3 y más años, algunos de ellos con severos problemas mentales. Los niños de dos años no disponen de servicios escolares de apoyo. Sí a partir de 3 años. Las ratios máximas son las siguientes:

- 0-1 años: 8 alumnos
- 1-2 años: 13 alumnos
- 2-3 años: 18 alumnos

Un simple comentario a las ratios: ¿de cuántos niños de 2 y 3 años, por ejemplo, puede ocuparse una profesora sin renunciar a la ilusión de inculcarles el gusto por la comunicación y el aprendizaje?, ¿qué condiciones mínimas son exigibles para la integración o inclusión de un niño de esas edades con trastornos mentales precoces y severos en un aula ordinaria?

2. Los contenidos del trabajo pedagógico

En estas reuniones se suele hablar de que se está “trabajando determinada habilidad, rutina, hábito, destreza” con niños que carecen de las mismas o manifiestan un retraso.

Se habla también de que se está tratando de corregir o eliminar conductas consideradas inadaptadas per se: estereoti-

pias, agresiones, hiperactividad, falta de atención, aislamientos, comportamientos disruptivos, incumplimiento de normas...

¿Por qué esta manera de formular los contenidos del trabajo?

La educación especial ha ido desgajándose de conceptualizaciones “ajenas”, básicamente de tipo médico o psiquiátrico, para llegar a una definición y delimitación propias de su ámbito de intervención.

Su lógica interna es la siguiente:

- En primer lugar, los problemas tienen su origen en cuatro tipos de situaciones: 1. Una discapacidad, física, psíquica o sensorial; 2. Trastornos graves de conducta, (o más recientemente) trastorno grave de personalidad; 3. Una situación social o cultural desfavorecida, y 4. Condiciones de sobredotación intelectual
- En segundo lugar, estas cuatro situaciones ya no originan síntomas sino *“necesidades educativas especiales”*. Ya no se habla de niños que son sordos, retrasados, paráliticos... sino de niños que tienen *“necesidades educativas especiales”*. Las *“nee”* son el concepto igualador y común a todos los problemas; es la vía final común. Cualquier manifestación de la parálisis cerebral, el autismo, una situación carencial, la psicosis... va a ser reformulada en términos de *“necesidad educativa especial”*, independientemente del origen, pasando éste a un segundo plano relativamente irrelevante para la comprensión o la intervención.
- En tercer lugar se plantea la intervención. La conceptualización de las *“nee”* permite además de una visión secuenciada, descomponer las habilidades o destrezas en tareas más sencillas. Habitualmente, se establecen programas de entrenamiento en dichas habilidades, a veces con personal diferente, específico para cada programa.

¿Qué decir sobre esto?

En primer lugar, reiterar la importancia de una definición propia y específica de la educación especial.

Pero en segundo lugar, y siempre refiriéndome a las edades más tempranas, y a los trastornos mentales severos, constatar que empiezan a predominar determinadas prácticas que,

- adolecen de una visión casi exclusivamente maduracionista y comportamentalista;
- resultan excesivamente parciales y parcializantes en momentos evolutivos críticos para el proceso de individuación, en detrimento de la ya tópica globalidad;
- simplifican en exceso el propio concepto de discapacidad;
- inducen a una intervención muy unidireccional y poco interactiva.

Visión maduracionista y comportamentalista

Esta visión suele conllevar una falta de reconocimiento del funcionamiento psíquico que merece una reflexión.

Me limitaré a un aspecto: la erradicación absoluta del sentido del comportamiento.

Recuerdo un niño de 4 años, con una sordera bilateral congénita profunda que llega al centro escolar por la mañana. Llega llorando, rabioso y muy gesticulante; repite enérgicamente un gesto bien identificado: se trata de una especie de barrido del labio superior con la mano.

La profesora, coherente con las directrices oficiales sobre la comunicación funcional y la consolidación de hábitos y rutinas adaptativas, le sujeta cuidadosamente las manos y situándose frente a frente para facilitar la lectura labial le dice: “¡oye!, ¿qué se dice al llegar? ¡bue-nos dí-as!: a ver, repite: ¡bue-nos dí-as!”

Intentos baldíos, el niño sigue rabioso y lloroso. La profesora, buena concedora del significado del gesto le dice: “sí, ya sé; tu aita te ha reñido, pero a ver, cómo se dice: ¡ai-ta, ai-

ta!". Tras varios intentos fallidos, el niño por fin farfulla algo similar y huye corriendo por el pasillo.

Nada que objetar a la intervención en función de los principios y objetivos ya señalados. Pero algo nos deja profundamente insatisfechos. Es muy posible que el niño esté progresando en el aprendizaje de habilidades lingüísticas y sociales, pero al enorme precio de la ruptura de la comunicación y del deseo de no comunicación.

En este caso sí hay un reconocimiento inicial del sentido del comportamiento, pero para deformarlo. Hay una utilización excesivamente unilateral del reconocimiento del sentido: sí se le reconoce, pero no para entender y reconocer al niño como tal, es decir, como sujeto que está significando algo importante, su sufrimiento, que tiene que ver con su propia historia personal y que además desea comunicarlo, sino que se le reconoce únicamente como objeto a enseñar y corregir.

El resultado es que el niño hace como que ya ha aprendido y se va, es decir, rechaza la comunicación, el código de comunicación e incluso la propia relación.

Con demasiada frecuencia los programas destinados a la adquisición de habilidades y hábitos aparecen sobrecargados de sentido ajeno y extraño para los niños, aumentando el riesgo de agudización de las defensas anti-intrusivas y de los mecanismos anti-aprendizaje; en el caso de que cedan, caben adiestramientos pseudo-adaptativos que pueden generar la falsa ilusión de un progreso cognitivo.

Sorprende esta erradicación si la comparamos con la mendacidad angustiada del sentido por parte de muchos padres de niños gravemente afectados: ¿por qué hace eso? ¿por qué no me hace caso? ¿qué hemos hecho nosotros? ¿por qué me pega? ¿por qué no habla?

Las conductas de estos niños, a menudo tan desconcertantes y molestas y que amenazan las bases narcisistas de los profesionales, siempre tienen que ver con el cuerpo y sus pulsiones y con la interacción: es decir (aprovechando la presen-

cia de B. Golse), con los pilares básicos de los procesos precoces de simbolización.

Los procesos de acceso a la semiotización, la simbolización y la semantización incumben de manera absolutamente directa aunque diferente a los profesionales de la pedagogía y de la terapia.

Visión parcial y parcializadora

La tan manida noción de globalidad, nunca definida pero siempre exhibida constituye una preocupación común.

En aparente contradicción con este celo por preservar la globalidad, la propia metodología de muchos de los programas individualizados empuja a un reparto de tareas y personas. El reparto parece inevitable e incluso deseable por las oportunidades identificatorias que ofrece, pero ¿cómo preservar la globalidad del niño? ¿cómo evitar el deslizamiento que consiste en, queriendo tratar y/o enseñar al niño como tal, reeducar o rehabilitar, en realidad un déficit?, ¿cómo evitar poner en riesgo su cohesión e integridad psíquicas?

Sea cual sea la función, tutora, auxiliar, educadora del control de esfínteres, etc.; sea cual sea el proyecto curricular, la manera más eficaz a la hora de proteger al niño del riesgo de la dispersión consiste en percatarse de que cada profesional se encuentra inevitablemente inmerso en una historia relacional particular con el niño; más allá de la especificidad de las intervenciones, todas ellas comparten una misma “función” relacional.

La única garantía de globalidad es tomar en consideración la dimensión relacional y el sentido de las producciones del niño.

La reducción y simplificación del concepto de discapacidad

Los conceptos no están libres de responsabilidad y a menudo dicen (o se les hace decir) más de lo que pretenden.

Es el caso de este concepto de discapacidad que no es inocente y hereda las características estigmatizantes del concepto de “deficiencia”:

- una connotación etiológica casi exclusivamente organista,
- una concepción lineal y mecánica de la causalidad,
- una visión evolucionista, como versión más moderna del maduracionismo,
- la negación de toda dimensión estructural o psicopatológica,
- el silencio sobre la vivencia subjetiva, el sufrimiento,
- un estilo de intervención basado exclusivamente en la recuperación, rehabilitación o compensación.

No se trata de restar valor al concepto, sino de restituirlo resituándolo en su contexto más genuino y dinámico, el de los trabajos de Wood para la OMS que relacionaba de forma dinámica, compleja y no lineal la enfermedad con sus consecuencias: las deficiencias, las discapacidades y las desventajas o minusvalías.

La utilización del concepto de discapacidad, no sólo no niega ni obvia la dimensión psicopatológica sino que remite obligatoriamente a ella chocando directamente contra toda veleidad causal lineal, simplista y mecanicista: “a tal discapacidad tales necesidades” o “tales necesidades luego tales discapacidades”, a lo que se suele seguir: “qué importan las causas, lo importante es subsanar las necesidades”, “hay que ser prácticos”.

La propia reflexión y evaluación en torno a la “discapacidad”, absolutamente necesaria y deseable, parece excluir cualquier debate falso en términos excluyentes entre enfermedad/discapacidad, defensa/deficit, procesos cognitivos/procesos afectivos, interacción/aprendizaje, afectos/habilidades, terapia/pedagogía.

De ahí que desde el propio concepto de discapacidad parezca un enorme contrasentido no tener en cuenta la dimen-

sión corporal, intrapsíquica y relacional y negar o minimizar la prioridad de una intervención terapéutica.

Visión unidireccional y poco interactiva de la intervención

A pesar de las múltiples declaraciones de intenciones, la intervención pedagógica sobre la base exclusiva de las “nee” conduce a menudo a una práctica marcada por la actuación unidireccional.

Se produce una confluencia importante entre determinados planeamientos pedagógicos y los programas de “estimulación precoz”. El concepto de estimulación es de uso frecuente en los ámbitos pedagógicos y se suele utilizar como argumento contra otros planteamientos supuestamente identificados con el simple “laissez-faire”.

Entre otras muchas coincidencias, hay una que en la práctica conduce a menudo a situaciones de gran conflicto y tensión. Me refiero a los planteamientos “estimuladores” que inducen a una intervención cuantitativa e unidireccional en la que la ausencia de atención y de colaboración por parte del niño es considerada como una interferencia negativa, entorpecedora de la intervención estimuladora, supuesta e incuestionablemente positiva.

Un niño con síndrome de Prader-Willy de tres años, escolarizado a tiempo completo, con una gran capacidad expresiva y relacional, empezó a suscitar entre los enseñantes, al poco de integrarse en la escuela, una gran inquietud transmitida luego a los padres, por la progresiva y creciente dificultad de atención: no se interesaba ni se centraba en los ejercicios grafo-motores habituales. Empezaron a “trabajar” con insistencia y ánimo preventivo los hábitos de concentración y atención. Esto no hizo más que empeorar la situación, lo que no hizo más que confirmar la validez de la sospecha del déficit de atención, lo que a su vez hizo que se instase con insistencia a los padres a colaborar ellos también en casa estimulando y “trabajando” la atención, lo que hizo que el niño, bien cuidado

precozmente y con fuerte personalidad, acentuase aún más su rechazo activo, lo que se entendió, no como una conducta activa y defensiva de oposición sino como la reconfirmación más absoluta del “déficit de atención con hiperactividad” inherente al síndrome.

Se trataba de un niño nacido en diciembre (casi un año menor que algunos de sus compañeros de clase) cuyas pruebas de desarrollo psicomotor mostraban además un retraso global de un año aproximadamente. Una reunión de coordinación con la consideración de una serie de datos psicométricos y clínicos permitió reducir la inquietud, volviendo la situación a la normalidad, pudiéndose evitar la gestación experimental de un trastorno de déficit de atención.

Hay evidencia clínica y experimental suficiente que nos pone en guardia contra los graves riesgos de la hiperestimulación y de la intervención unidireccional sistematizada.

3. El relato de la evolución de los niños

Los profesionales suelen describir y valorar “cómo va el niño”.

Cabe aquí hacer una reflexión sobre los criterios de evaluación y sobre un hecho que ocurre con frecuencia: la discrepancia al valorar un mismo comportamiento: lo que algunos consideran una conducta como inadaptada, inapropiada o disruptiva, otros la consideran positiva.

La contradicción es sólo aparente, ya que una misma conducta puede ser valorada de muy distintas maneras dependiendo de los criterios de valoración.

Pero una vez más, sorprende, la exclusividad de una evaluación basada únicamente en criterios normativos de desarrollo y de adaptación.

Es habitual entre las profesoras la desazón y la frustración por la lentitud en la adquisición de las diferentes habilidades en comparación con la energía y el enorme esfuerzo utilizados en el empeño.

Pero progresivamente, este enorme pesimismo se va tami- zando a veces con una sensación más optimista y jubilosa de una mayor facilidad en la comprensión del niño: es más fácil entenderle, sus afectos y emociones son más reconocibles, se empiezan a reconocer mejor sus preferencias, se empieza a hacer acopio de pequeños “trucos” que funcionan...

Dicho de otra manera, gracias a la percepción intuitiva y vivencial de signos de mejoría en la comunicación y en la relación, este “otro extraño, cargante y amenazante” comienza a resultar más familiar, más reconocible y previsible. Más humano.

Sin embargo, estas últimas constataciones no logran alcanzar el alto rango de criterios de evaluación objetivables. A lo sumo, quedan recogidas en el anecdotario de las veleidades y debilidades sentimentales de las profesoras, a menudo expresadas con cierto rubor y pudor por haberse dejado llevar por intuiciones tan poco dignas de consideración racional y científica.

Sin necesidad de renunciar a ningún criterio normativo del desarrollo, parece urgente la incorporación explícita de estos otros criterios:

- los signos de mejoría (o no) de la relación y la comunicación;
- las contraactitudes de los profesionales en tanto que sustancia reveladora de dichos signos.

Esto nos conduce al siguiente tema.

4. La implicación personal de las profesionales

En estas reuniones hay otro nivel de intervención que suele caldear el ambiente: me refiero a la connotación subjetiva y emocional de las valoraciones.

Muchos de los comentarios nos muestran que estos niños si en algo nos interpelan incluso de forma violenta es en nuestra propia vivencia interna.

Habitualmente, suelen ser estas contraactitudes el motivo principal y con más carga pasional en las reuniones más formales y en las conversaciones informales. La implicación emocional de los participantes aumenta considerablemente cuando descubren que otros también comparten (sufren y padecen), más allá de las funciones específicas, una misma y común experiencia emocional... frustrante.

Hay una serie de reacciones que emergen progresivamente, aunque de forma fugaz, en las reuniones:

- el activismo, incluso la euforia activista, mezcla de idealización y omnipotencia, envuelta en el ropaje de actuaciones pedagógicas basadas en la hiper-actividad repetitiva;
- la desilusión, la reacción depresiva, subyacente a la monotonía de la actividad repetitiva deslibidinizada, agotadora y vaciante;
- la desesperación y la irritación que se transforman de forma políticamente correcta en: “¡Hay que ponerle límites! Hay que cortar desde ahora!”;
- el sentimiento de inutilidad e impotencia ante el peso abrumador del comportamiento desconcertante del alumno;
- la desesperanza resignada, la rutina, la provisionalidad pasajera: “¡El curso que viene que lo aguanten otros!”.

La explicitación a menudo apasionada de estos sentimientos suele conllevar además una connotación de culpabilidad; no sólo resulta difícil reconocer estos sentimientos, no sólo resulta aun más difícil y violento reconocerlos públicamente, sino que además, parece como si se añadiese un sentimiento de culpabilidad por sentir estas cosas. La violencia (entendida como pasión) con la que se expresan estas reacciones parece tener mucho que ver con la misma.

Hay una vertiente institucional que puede contribuir a entender parte del origen de este sentimiento de culpabilidad.

A través de las disposiciones más o menos oficiales y de los equipos técnicos más especializados, se envía a los profesores un mensaje más o menos implícito de omnipotencia supuesta aunque no de omnisciencia: se supone que deben de poder con todo pero no saber de todo, acentuando la escisión entre la propia persona y su saber profesional.

Se alude exclusivamente a una formación “tecnicista”, en la que se va interiorizando la idea de una formación ideal consistente en la acumulación y apropiación sumatorias de supuestas técnicas y saberes preestablecidos, universales e independientes de la persona.

Se observa una alusión reiterada, o ¿fascinación? por las técnicas, los métodos experimentales y las nuevas tecnologías pero ninguna alusión a la complejísima vertiente relacional, subjetiva y contraactitudinal de los profesores.

Se llega a la gran paradoja de que se confiere muchísimo mayor rango a los programas lineales y geométricos de los diseñadores (curriculares), desconocedores del niño, que a las filigranas retorcidas y borrosas de los artesanos directos de la relación pedagógica.

Es preciso insistir en que además de la formación “técnica” se precisa sobre todo de una formación en la disposición para la creatividad con otro; no se trata de técnicas o de estrategias válidas en sí mismas e independientes de la persona; no existen más que en la teoría o en el delirio, son una falacia epistemológica; se trata de irse haciendo con una tecnicidad que incluye la personalidad de la profesora y el saber y las técnicas que va incorporando, integrando y haciéndolas suyas, originales, intransferibles e irrepetibles.

- procurar soportarse y soportar,
- tener ilusión por crear, inventar,
- ser flexible en las actitudes,
- centrarse en la calidad de la forma de estar,
- ser capaz de programar pero también de sorprenderse,
- sentirse libre a la hora de elegir los materiales y mediadores pedagógicos,

- parecen ser algunos de los parámetros esenciales de la calidad del trabajo, ni más ni menos.

RIESGO DE OMNIPOTENCIA Y REDUCCIONISMO PEDAGÓGICOS

Últimamente se viene denunciando el riesgo de la sustitución de la omnipotencia terapéutica por la omnipotencia pedagógica. En nuestro entorno, la tendencia es a ocupar el vacío terapéutico con la omnipotencia y el reduccionismo educativo-social.

La escolarización precoz, principio incuestionable.

La escolarización, y cuanto más precoz mejor, se considera casi como un hecho natural, universal, absoluto, sin ningún carácter de relatividad ni cuestionabilidad.

Seducen e ilusionan mucho las integraciones y normalizaciones precoces acompañadas de un asesoramiento externo más formal que real, ahorrándose e incluso evitándose supuestos peligros de psiquiatrización segregadora.

La integración escolar precoz está adquiriendo un valor simbólico muy importante para los padres y los enseñantes, produciéndose un fenómeno de colusión entre ambos: “todos los niños van a la escuela”. Se trata casi de una imposición social e institucional, pero muy gustosamente aceptada, en principio, por los padres, porque de lo que se trata, ni más ni menos, es de: “cuanto antes se escolarice, antes será normal”.

A veces, esta ilusión normalizadora de la escolarización, lleva incluso a romper con procesos terapéuticos previos, significadores de la desilusión.

Autosuficiencia

Hay quienes, desde la escuela, apoyan esta ruptura argumentando que ella ya dispone de los medios necesarios para subsanar los problemas del niño, es decir, haciendo realidad el riesgo de la tendencia que determinados autores califican de

“totalizadora y unidimensional”, presente en cualquier institución: se ofrece una integración escolar que garantiza la respuesta a todas las necesidades, incluidas las terapéuticas, a través de sus servicios de apoyo (disponibles sorprendentemente sólo a partir de los tres años).

(Frente a esta supuesta autosuficiencia el buen olfato de los gestores económicos y administrativos del sistema escolar parece estar imponiendo de nuevo el olvidado y doloroso principio de realidad: para el próximo curso escolar se anuncian drásticas reducciones en la adjudicación de servicios especiales de apoyo a los niños con “nee”).

La integración como proceso

Cada vez más la integración está dejando de ser un proceso, un proyecto en construcción permanente.

Pero justo cuando parece que la integración ya ha sido decidida, organizada y solucionada, es cuando empiezan los verdaderos problemas. Son los profesionales que conviven diariamente con estos niños quienes sufren las consecuencias de esta apuesta seductora, encontrándose a menudo en una nebulosa de soledad rodeada de técnicos, y perplejos ante la abrumadora realidad de una patología grave negada, calificada de forma ilusoria y exclusiva de necesidad educativa especial.

El sistema escolar es más acogedor en los niveles de educación infantil que en la primaria, más acogedora a su vez que la secundaria y el bachiller; las dificultades de aprendizaje van siendo cada vez más determinantes y la escuela cada vez más inflexible. La noción de “segregación encubierta” está cobrando cada vez más fuerza.

El señuelo de la normalización dura lo que dura, siendo optimistas, más o menos hasta el final del segundo ciclo de infantil cuando todo se reduce, con 5-6 años, a plantearse no sin angustia: “¿y ahora qué?”.

Casi siempre las alternativas se reducen a dos:

- ¿desarraigamos al niño pasándolo a primero, con su grupo de referencia pero creando un desfase didáctico,

relacional y de aprendizaje, creciente, insalvable y definitivo?, o

- ¿lo desarraigamos, manteniéndolo en 3.º de infantil postergando un año más la alternativa anterior, prolongando así un señuelo en el que ya nadie cree?

El sentirse abocados inevitablemente a esta doble alternativa, en el fondo reducida a una, después de 3 ó 4 años de enorme esfuerzo, suscita entre los enseñantes una sensación agri dulce, mezcla de orgullo, cansancio e insatisfacción, debido a los aparentemente pobres resultados reflejados en esas reuniones de finales del tercer curso de preescolar. En ellas, lejos de hablar de futuro y de continuidad de proyectos, se intenta detener el tiempo y retrasar un futuro, en el que no parece haber mucho que construir y sí que soportar y delegar más o menos resignadamente. No es precisamente este estado de ánimo un buen punto de partida para las futuras integraciones, y sin embargo no parece que dadas las circunstancias quepa otro más lógico.

El derecho y el hecho

Nos encontramos, entre dos polos supuestamente antagonistas:

- las exigencias del derecho,
- la resistencia de los hechos.

“Impuesta” en la realidad, justificada desde el punto de vista del derecho y superada por el principio de inclusión, la integración precoz de niños de corta edad con trastornos psicopatológicos severos sigue mostrándose extraordinariamente compleja y necesitada de un cuestionamiento permanente.

El principio del derecho de igualdad, de normalización, de integración, de respeto de la diferencia, parece haber primado sobre cualquier otro, llegando a forzar la evolución de la propia realidad, produciendo cambios afortunados que de otra manera, o no se hubiesen producido, o de hacerlo hubiesen llevado muchísimo más tiempo.

Pero el derecho, instrumento y marco básico, afortunado para cualquier proceso favorecedor del niño enfermo, pierde su profundo sentido cuando se apela a él para maquillar los deseos irrefrenables de normalidad, la necesidad imperiosa de reparación y la formidable presión a la conformidad con el grupo, auténtica prohibición de la diferencia, contribuyendo así más a la discapacidad que la propia enfermedad.

Necesidad de un cuestionamiento

Superado el tiempo de la integración por derecho y “obligación”, resurge la necesidad (vieja ya) de tener en cuenta otros aspectos: la complejidad de la realidad psicopatológica, la especificidad de la misma, el orden de prioridades, los criterios de inversión económica, las mentalidades y actitudes, la formación, la coordinación...

Es la propia reflexión psicopatológica la que lleva a afirmar que, además de, o a pesar de, o más que un derecho, la escolarización de estos niños es sobre todo una necesidad.

Pero la misma reflexión obliga a ser prudentes y creativos sobre todo en las edades más tempranas, porque de lo que se trata precisamente es de facilitar la incorporación a la escuela y garantizar su permanencia en la misma.

Se debe de estar abierto a la relativización de todos los parámetros de la escolarización: cuándo empezar en la escuela, cuánto tiempo, siempre en el aula ordinaria o dependiendo de momentos y actividades, con cuántos niños, con qué material, qué objetivos, qué ritmos, qué métodos, qué personas, qué apoyos...

Parece urgente esta relativización porque, desde esta mentalidad que reduce todos los problemas a necesidades educativas especiales, se está induciendo a una urgencia de precocidad y de masividad: “cuanto antes y cuanta más escolarización mejor; antes y mejor se repararán las carencias, los retrasos y las inadaptaciones y antes se normalizarán”. Cualquier actividad “extraescolar”, entiéndase terapéutica,

cuando existe, habitualmente reducida a la mínima expresión, es considerada como un obstáculo para el ritmo de los aprendizajes y un peligro de segregación y señalamiento estigmatizantes.

Sorprendentemente, hay todavía profesionales que siguen fomentando el mito de la “psiquiatrización” como si la inclusión en el sistema de la salud mental constituyese en sí misma una segregación. Si segregación hay es por la propia inexistencia de recursos que priva y excluye de la intervención terapéutica mínima necesaria. (Ver anexo).

Ha sido fundamental el esfuerzo histórico realizado por “la educación especial” para diferenciarse de lo “médico” o “terapéutico”. Pero en este afán diferenciador corre el riesgo de tirar al niño al vaciar la bañera. Empeñados en diferenciarse de la ideología patologizante, se está implantando en la práctica la ideología “curricularizante”.

5. CONCLUSIÓN

Para finalizar, he aquí resumidos una serie de aspectos obvios por su simpleza pero de obligado cumplimiento dada la absoluta precariedad de nuestra realidad:

1. El derecho es un marco, la aplicación concreta de la integración una incógnita abierta, un proyecto relativo a construir entre los padres, los profesionales de la enseñanza y de la atención terapéutica.
2. La detección precoz de los factores de riesgo y de los signos reveladores de un posible trastorno psicopatológico grave es una tarea prioritaria y común.
3. La intervención terapéutica, lejos de tratarse de un proceso ajeno y en paralelo, incide directamente en la facilitación de la integración escolar.
4. En ambos ámbitos hay una condición no suficiente pero necesaria: es preciso garantizar institucionalmente la continuidad voluntaria de las experiencias

relacionales, es decir, de los profesionales. En la práctica actual, a menudo, la continuidad resulta imposible ante la “resiliencia” administrativa y burocrática.

5. La continuidad implica discontinuidad: pensada, prevista y planificada en el mejor de los casos, ausente, improvisada o impuesta en la mayoría de ellos. Hay que dedicar tiempo a la coordinación sincrónica entre intervenciones simultáneas pero también a la coordinación más olvidada pero más inexorable, la diacrónica o coordinación entre los sustitutos en el tiempo, única garantía para evitar la ruptura de la historia íntima y relacional del niño.
6. En contra de creencias y prácticas institucionales muy extendidas, a menor edad, mayor precocidad de la intervención y mayor gravedad psicopatológica, mayor y más urgente es la necesidad de la formación de los profesionales. Dicha formación debe de incluir aspectos teóricos, técnicos y personales.
7. Es necesaria la presencia de supervisores externos que ayuden a entender los procesos psíquicos, los procesos pedagógicos y las dinámicas institucionales.
8. Parece obligada la denuncia de una práctica gravemente iatrogénica y desastrosa pero demasiado habitual: la inducción directa o indirecta a los padres por parte de determinados profesionales hacia la multiplicación de consultas diagnósticas con “hiperespecialistas” a distancia sin ninguna garantía de continuidad terapéutica. Cuando ya se ha iniciado un proceso terapéutico y/o pedagógico y no se ha articulado conjuntamente la iniciativa de una nueva consulta, ésta produce a menudo resultados desastrosos por la desconfianza y las dudas enormes que se generan en los padres. Esto vale tanto para los procesos terapéuticos como para los pedagógicos.

9. Una paradoja que merece una reflexión: se pretendía eludir el riesgo de la nosografía, la psiquiatrización y estigmatización nominalista del lenguaje de la enfermedad y de la deficiencia (“los Down”, “los sordos”, “los psicóticos”...). Ahora surge una nueva clase: “los niños “nee” o simplemente los “nee”. También se habla de los “TGD” y de “Programa de Trastornos Generalizados del Desarrollo”: ¿se trata de una vuelta a los orígenes estigmatizantes o más bien del reconocimiento de la complejidad y terquedad de los trastornos psicopatológicos graves y precoces, irreductibles a su inclusión en un simple continuo de diferencias puramente cuantitativas?
10. Desde ambos ámbitos nos queda casi todo por hacer: delimitar y crear espacios propios, definir tiempos, ritmos de alternancia y procedimientos, y sobre todo nos queda ofrecer toda clase de facilidades para el reconocimiento de nuestras identidades respectivas y para la creación y mantenimiento de nexos de respeto y articulación mutuos.

Anexo I.

SISTEMA ESCOLAR	SALUD MENTAL
(Datos redondeados)	
1.200.000 habitantes. / 250.000 < 18 años.	
1.000 profesionales en Educación Especial.	30 profs. (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)
1.600 niños con “necesidades educativas especiales”	6.000 pacientes – niños
proporción 1/1,6	proporción 1/200
dedicación posible: 7 h./sem. a partir de tres años	dedicación: 1 s./sem. para el 10% de los pacientes únicamente

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL Y COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS*

Ana María Jiménez Pascual**

INTRODUCCIÓN

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales, donde está presente lo bio-psico-social, aunque la interpretación de la importancia que tiene cada área en la génesis y la influencia en el desarrollo psíquico, es muy variable y controvertida. Aún hoy en día ante los problemas psíquicos que se puedan presentar en estas edades, existen diferentes equipos implicados para la atención de los mismos, siendo difícil en la práctica trabajar desde una visión integral e integrada, haciéndolo por lo general separadamente.

Los profesionales que trabajamos en dispositivos de Salud Mental para niños y adolescentes, no podemos olvidar que son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno; a su vez la propia sintomatología mental puede provocar reacciones en este mismo medio que produzcan de nuevo respuestas que aun empeoren más la situación; o bien

* Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

** Psiquiatra. Responsable de la USMIJ del Área Mancha-Centro.

por el contrario, la respuesta social (de la familia, del barrio, de la escuela...), acepte, contenga o integre al chico con ciertas dificultades o síntomas, favoreciendo su evolución.

No podemos pues por menos de ocuparnos también desde un enfoque psicoterapéutico, de esos lugares, intervenir para comprender cómo influyen en un niño o adolescente dado y para intentar favorecer que ese entorno cambie si es necesario, sobre todo facilitando la comprensión de la sintomatología que presenta y ayudando en su resolución.

Partimos pues de la necesidad de una coordinación y un trabajo interdisciplinar entre los distintos dispositivos que intervenimos en la infancia, pero que hasta ahora, en los casos que esto se hace, es de una forma totalmente voluntarista, sin que las distintas administraciones implicadas tomen una decisión de coordinación al respecto. Detrás de estas dificultades, todos sabemos que además de las parcelas de poder que parece haber miedo a perder, está la concepción del enfermar psíquico, donde en ocasiones parecería que lo emocional y relacional va perdiendo terreno a favor de lo orgánico (genético, neurológico) y lo conductual-educativo, por lo que nuestro espacio clínico se difumina, siendo ocupado más por psicopedagogos, neurólogos, pediatras incluso hasta urólogos (tratando ahora ellos ya en muchas ocasiones las enuresis funcionales).

Sin embargo los profesionales de Salud Mental infanto Juvenil, por nuestra formación y nuestro lugar en la clínica, aunando lo emocional, relacional y lo orgánico y cognitivo, podemos partir de una visión multifactorial integrada (no excluyente), donde comprender la estructuración psíquica y los mecanismos psicopatológicos, así como la dimensión relacional que puede estar influyendo, no niega la participación de otras posibles causas tanto en el funcionamiento psíquico, como en el origen del conflicto emocional.

Creo que nuestra esencia como psiquiatras de niños y adolescentes y de psicólogos clínicos, es poder abordar el trabajo desde estas premisas básicas.

SALUD MENTAL, ESCUELA Y ÁMBITO SOCIAL

Desde el equipo de SMIJ partimos de que en el desarrollo armonioso del bebé influyen varios factores, entre los que podemos destacar en primer lugar las competencias propias del recién nacido, determinadas por su dotación genética, la posibilidad de un desarrollo neurológico correcto, ya que en el momento del nacimiento es aún incompleto, y de que pueda ir constituyendo un aparato psíquico fuerte, con unas bases cognitivas y emocionales sólidas. Estas tres áreas están íntimamente relacionadas, influyéndose mutuamente, sin que podamos dar prioridad a ninguna de ellas.

Uno de los pilares del desarrollo psíquico y emocional del niño y adolescente está fundamentalmente en **el contexto familiar**, en las interrelaciones primeras del niño con sus padres, así como de la personalidad y los conflictos de los mismos que pueden proyectar en el bebé.

Como factores de riesgo también están toda **situación social** que afecte a la estabilidad familiar, como el paro, marginación, emigración...

El ámbito social donde se desenvuelve el niño y adolescente es importante, no sólo si vive en núcleos de población o no marginales, con grandes bolsas de pobreza y delincuencia, sino también en situaciones sociales más normalizadas, como puede ser la zona donde yo desarrollo mi trabajo, al permitirle experiencias de igualdad y cooperación con los demás (como el juego, la amistad, vivencias de libertad sin el amparo de los padres o de los profesores...) o por el contrario crearle o aumentarle heridas narcisistas importantes, favoreciendo defensas bien de inhibición, bien maníacas, omnipotentes que le alejan cada vez más de un desarrollo armonioso, creándole cuotas de sufrimiento importantes.

Pero también de todos es sabido la importancia de **la escuela** para el desarrollo emocional del niño y adolescente. Nuestro lugar de trabajo no es la escuela, por ello las reflexio-

nes que a continuación comparto tienen que ver con la experiencia clínica, más que con un estudio concienzudo de este tema.

En términos generales destacaré que la escuela:

- Posibilita la entrada en un orden social (un Otro significativo) distinto del familiar (a través de horarios, normas de la escuela...), lo que facilita la socialización y la vida del niño en grupo.
- Permite ampliar identificaciones, tanto con adultos significativos (el maestro), como con los niños de la misma edad, enriqueciendo el proceso madurativo. En algunos casos donde el niño vive experiencias traumáticas en casa, le permiten esas identificaciones y las vivencias en la escuela, tener situaciones emocionales novedosas y estimulantes que modifican de alguna manera esas primeras experiencias difíciles.
- La adquisición de conocimientos posibilita un crecimiento y consolidación del Yo.
- Y todo ello contribuye a favorecer unas bases narcisistas más sólidas, que al permitir una buena autoestima, es fuente de estimulación y de crecimiento para el niño y el adolescente, posibilitando o favoreciendo que las crisis y conflictos acaecidos a lo largo del desarrollo puedan afrontarse de la mejor manera.

Por el contrario, a nadie se nos escapa que en ocasiones la escuela se convierte en un lugar de sufrimiento, viviendo algunos niños su entrada en la misma como una intrusión, una amenaza que rompe en ocasiones vivencias defensivas muy simbióticas, que incrementan defensas de inhibición aun mayor. A veces, algunos niños son blanco del sadismo de algún otro o de la omnipotencia fálica y en algunos casos de la omnipotencia maligna de otros, siendo para ambas partes experiencias por lo general poco madurativas, cuando fomentan por un lado la inhibición del uno y la grandiosidad exagerada del otro (narcisismo patológico).

El conflicto psíquico en el niño se va a manifestar de diferentes maneras en la escuela. En este sentido podemos establecer a groso modo tres grandes grupos:

1. Niños y adolescentes inhibidos (lo que a veces implica un gran sufrimiento interior), que suelen pasar desapercibidos durante mucho tiempo y por tanto no son ayudados.
2. Los chicos con trastornos de conducta (que también puede implicar un sufrimiento psíquico importante) son considerados con insuficiencia de normas y tratados a nivel conductual; en algunos casos si no se atiende a sus conflictos emocionales básicos, esta intervención puede ser generadora de mayor frustración y por tanto de cronificación y empeoramiento del conflicto.
3. Otro capítulo aparte sería el aprendizaje propiamente dicho, la importancia que tiene para el desarrollo emocional, pero también los trastornos psíquicos que puede haber en la base de muchos de estos problemas de aprendizaje y que desde el punto de vista clínico no son meros problemas instrumentales o cuadros de deficiencia mental justificables orgánicamente.

De todo ello se deduce la importancia que podría tener la participación de los ESMIJ, a través de programas de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de los Trastornos Mentales en el ámbito escolar y social. En este sentido, si en algunos casos vamos avanzando, es por la voluntad de los propios profesionales y no de los responsables de los organismos afectados.

Nuestro trabajo concreto en los Equipos de SMIJ, aunque se contemplan otras actuaciones, está prácticamente enfocado a la asistencia clínica. Pero no quería comenzar otro apartado sin constatar la necesidad de desarrollar otras visiones más enriquecedoras (que contemplen la promoción de la salud mental y la prevención), siendo imposible en la actualidad llevarlas a la práctica, no sólo por la falta de coordinación,

sino fundamentalmente por la falta de recursos humanos en los dispositivos clínicos.

LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSÍQUICOS: LA RELACIÓN DE LA USMIJ CON OTROS DISPOSITIVOS

La mayoría de niños y adolescentes con trastornos mentales están escolarizados. Para algunas patologías el abordaje desde lo psicopedagógico está basado más en problemas madurativos y en trastornos del aprendizaje (esto ocurre con los problemas de esfínteres o con los trastornos de conducta. Los retrasos psicomotores suelen ser considerados problemas de tipo madurativo y los trastornos de aprendizaje propiamente dichos como problemas instrumentales o en ocasiones deficiencias intelectuales, difíciles de filiar, pero que parten de posibles causas orgánicas y que por tanto el tratamiento psicopedagógico pasa por la reeducación de todos estos aspectos).

En los niños pequeños esta misma concepción es la que suelen tener los Equipos de Atención Temprana, al menos en nuestra área sanitaria, tanto si dependen de Educación o de Bien-Estar Social.

Sin embargo sabemos la gran importancia que tienen las actuaciones preventivas en patología mental grave como las psicosis infantiles, ya que uno de los factores que favorecen el pronóstico es el abordaje precoz de esta patología. Esto mismo es esencial para los trastornos severos de conducta y los de aprendizaje que conllevan retraso intelectual, ya que muchos de estos casos obedecen a **disarmonías evolutivas**, detectables a partir de los 2, 3 años y por tanto la intervención precoz puede llevarse a cabo, a condición de que sean reconocidas como tales, ya que la mayoría de estos niños, por la sintomatología predominante en el inicio de retrasos en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, suelen ser tratados en el mejor de los casos con terapias de reeducación o de estimu-

lación temprana, sin atender al funcionamiento psíquico global más amenazado, siendo el fallo en todo lo simbólico una de las características fundamentales.

De aquí se deduce ***un primer punto a plantearnos en la coordinación con otros dispositivos, y es la elaboración de protocolos de detección precoz de determinadas patologías mentales en niños.***

Ya he apuntado como el sufrimiento psíquico en el niño y adolescente puede manifestarse de diferente manera. En este trabajo destacaré los cuadros psicopatológicos que a mi entender nos comprometen más con la escuela.

Desde la clínica es importante insistir una vez más que antes de iniciar cualquier tratamiento es necesario hacer una valoración amplia, contando también con toda la historia relacional del niño y su estructuración psíquica y desde esta valoración ver que tratamiento es el más indicado .

No hay que olvidar que ciertos problemas acaecidos en los primeros momentos y años de la vida van a crear fallos en el desarrollo psíquico, que lógicamente tiene su correlato a nivel neuronal (y a la inversa, dificultades del desarrollo neuronal van a alterar esta estructuración psíquica dificultando este proceso), provocando fallos en la organización del psiquismo y posiblemente en la del SNC (recordemos la importancia que empieza a adquirir el estrés en relación con la liberación de dopamina y como esto puede estar involucrado en el desarrollo neuronal).

En las interrelación del niño con sus padres principalmente, podrá éste desarrollar y organizar su psiquismo, aunque el camino a recorrer por el niño, acompañado y ayudado por la figura materna/paterna, no es mecánico, no depende de un aprendizaje objetivo del mundo, muy por el contrario está cargado de sensaciones subjetivas, de emociones por ambas partes de la díada, que favorecen o entorpecen ese desarrollo.

Desde el punto de vista clínico, sobre todo desde una orientación psicodinámica y sin olvidar la posible implicación

orgánica que pueda haber, así como las capacidades y características cognitivas en cada caso, es imprescindible partir para una comprensión psicopatológica de un caso dado, del desarrollo emocional del niño y adolescente, lo que implica:

- Comprender las situaciones vivenciales de los propios padres, que pueden incidir en las interacciones precoces, a través de proyecciones importantes en el niño de sus propios conflictos inconscientes, corriendo el riesgo de verlo solamente bajo sus proyecciones y no pudiendo por tanto tener una individualidad propia.
- Conocer la historia personal del niño desde el embarazo, así como las situaciones relacionales vividas desde el nacimiento.
- Así mismo, es importante investigar el funcionamiento psíquico del niño, el tipo de relación con el Otro que establece, el tipo de ansiedades que presenta y a la vez, el tipo de mecanismos de defensa.

Si no se tienen en cuenta estos factores se corre el riesgo de encorsetar al niño en un diagnóstico (a veces con connotaciones nefastas) y en la mayoría de las veces con un abordaje sintomático. Esto ocurre sobre todo en niños pequeños con **retrasos del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje**, donde son atendidos desde el síntoma aislado, sin encuadrarlo dentro de estas dificultades de individuación y simbolización.

Veamos un caso que nos puede hacer comprender esto mejor:

Jorge tiene dos años y 7 meses cuando es derivado por el Servicio de Pediatría del Hospital Mancha-Centro por presentar retraso en el lenguaje.

Valorado en el Centro Base de Toledo, aprecian una “Alteración cualitativa de la interacción, con retraso en el desarrollo del lenguaje y un trastorno del espectro autista”. Con este diagnóstico, estaba siendo atendido en el Equipo de Atención Temprana de su zona, con estimulación fundamentalmente del lenguaje.

De su historia cabe destacar: en el momento de llegar a consulta es hijo único. Viven la familia nuclear.

La madre vive en el pueblo a raíz de casarse hacía 3 años, no teniendo ni familia ni amistades previamente allí, habiéndose sentido bastante sola en este período y con pocos apoyos sociales, sintiéndose con excesiva ansiedad ante la crianza del niño.

El padre, por su trabajo, puede ocuparse poco del niño, pero además, al parecer por su personalidad reservada y seria, tiene poco contacto afectuoso con él.

Varios familiares de ambos padres presentan trastornos mentales y en algún caso deficiencia mental.

Todos estos antecedentes angustian mucho a la madre de Jorge, que teme que al niño le pase algo de esto.

El embarazo fue deseado y cursó con normalidad. El desarrollo psicomotor ha sido normal, salvo en el lenguaje, que aunque en el momento de venir a consulta no tiene adquirido el lenguaje expresivo, sí dice algunas palabras y sí parece tener una buena capacidad de comprensión.

Durante el primer año de vida la madre lo describe como un “niño tranquilo, no lloraba, jugaba poco con ella; lo que más le gustaba eran los anuncios y no se interesaba por los juguetes”.

Duerme solo en su habitación desde los 5 meses de edad, pero en el último período a veces se levantaba, durmiendo en el suelo y no lloraba.

Nunca ha presentado problemas con la comida, pero también últimamente espera que la madre le obligue para comer.

En el momento de venir a consulta, la madre lo describe como un niño muy nervioso, que anda de puntillas y que las palabras que comienza a decir no las utiliza correctamente, cambiando el significado (utiliza la palabra papá, pero no para llamar a su padre). No presenta ni ha presentado angustia de separación.

Con la madre suele coger muchas rabietas; en su habitación es muy ordenado y no consiente que se lo desordenen.

Dentro de las señales de alarma que presenta, también según información de la madre, cabe destacar una conducta hiperactiva, con oposicionismo y negativismo sistemático en casa, deambulación sin meta. En la exploración orgánica realizada no se ha encontrado nada patológico.

En la valoración psíquica realizada cuando le vemos en consulta, se aprecia ausencia de angustia de separación inicialmente, aunque después sí hace una demanda clara de la presencia de la madre.

Niño expresivo, que se interesa por el entorno, los juguetes y que establece una comunicación afectiva con la terapeuta (es sonriente y afectuoso); chapurrea palabras, pero no se le entiende apenas, confunde algunos significados, por la proximidad de los significantes (por ej. sopa y sopla).

Reconoce los juguetes y el juego simbólico se centra casi exclusivamente en hacer y dar comiditas; disfruta compartiendo el juego, conoce el funcionamiento de los objetos que ve y demuestra una gran capacidad intelectual al buscar correctamente soluciones a situaciones con cierta complejidad; busca un objeto ausente (lo que indica la permanencia de objetos).

No tiene adquirido el pronombre personal.

En la orientación diagnóstica vimos que además del retraso del lenguaje, Jorge presentaba también una serie de signos de disarmonía evolutiva, que podían estar indicando dificultades emocionales en el proceso de individuación y en la adquisición de la propia identidad.

En las entrevistas sucesivas con la madre no se aprecian conflictos significativos, al menos conscientes, con respecto a su propia familia y su infancia, pero sí pudimos comprender como ésta se había sentido muy sola en el pueblo, sin amistades y con un apoyo "formal" por parte de la familia política, pero que afectivamente no la había contenido; se sentía triste, desganada y angustiada por el desarrollo del niño, por el temor

a que fuera deficiente o con un trastorno mental. Esta situación le impidió posiblemente disfrutar y crear unas buenas interacciones, presentando tal vez el niño cierta situación también depresiva (la descripción que hace de él el primer año de vida es significativa), atendiendo además más a sus angustias, que a las necesidades del mismo, estimulándole en el aprendizaje, pero no pudiendo compartir enteramente situaciones afectivas placenteras.

Jorge sí había podido acceder a un sentimiento de identidad de sí mismo (aunque aún precario) y reconocer a la madre como separada de él, pero como pasa en muchos casos de disarmonía evolutiva, tenía problemas en la elaboración de la posición depresiva, no pudiendo afrontar conflictos internos, ni integrar bien las angustias depresivas y de separación; así el niño queda funcionando en una relación dual con la madre, donde predomina el control y el dominio mutuo, siendo el niño a la vez absorbente y dependiente. Esta situación le impide un verdadero abordaje del conflicto del deseo y de las identificaciones, no llegando más que parcialmente a la relación donde un tercero (fundamentalmente el padre) es significativo, lo que provoca unas fallas importantes en la estructuración psíquica.

Esto también repercute en la poca diferenciación entre el proceso primario y el secundario, invadiendo frecuentemente el mundo interno (proceso primario) el funcionamiento psíquico más organizado.

Este caso nos puede hacer ver la importancia no sólo de una detección precoz, sino de canales claros de derivación, a los ESMIJ, partiendo de la necesaria intervención de los mismos.

En nuestra práctica, en la actualidad estamos elaborando un protocolo de detección precoz y derivación a la USMIJ de los trastornos mentales (especialmente graves) en la primera infancia, para unificar los criterios con los distintos equipos que están implicados. Por parte de pediatría de primaria es una petición formulada por ellos mismos. Pero nos encontra-

mos con la reticencia de los equipos de Atención Temprana de Educación, especialmente por la defensa de la psicosis infantil como Trastornos Generalizados del Desarrollo, partiendo en todos los casos de un problema de base orgánica y por tanto con un abordaje exclusivamente de reeducación y estimulación.

Trastornos mentales graves: La política de integración del niño con diferente problemática en nuestra zona (aunque posiblemente se pueda generalizar a otras comunidades autónomas), es dispar y depende de los profesionales que los atienden. Lo que resulta evidente, aunque no por ello quisiera polemizar, sino constatar el hecho, es que si bien los niños ciegos, los niños sordos, los niños con síndrome de Down entre otros, si tienen programas y especialistas específicos, en el caso de los niños psicóticos, que en ocasiones sí intentan por todos los medios mantenerlos en el centro escolar habitual, no se dispone por lo general de medios específicos y sólo en algunos casos cuentan con los equipos de Salud Mental; pero en otros muchos caso, por desgracia, son derivados a los colegios de educación especial desde muy pequeños, con un abordaje educativo y reeducador.

En Alcázar desde hace más de diez años contamos con un Hospital de Día (HD) a tiempo parcial, por lo que el contacto con niños con **trastornos mentales severos** es importante; todos los niños que acuden a nuestro dispositivo están escolarizados, lo que nos obliga a estar coordinados en mayor o menor medida y con mayor o menor fortuna, con los profesionales de educación.

Esta coordinación, absolutamente voluntaria, se programa como algo esencial desde el HD, surgiendo a veces problemas ya que la intervención clínica requerida es intensiva, lo que evidentemente repercute en la asistencia a clase de estos niños. Este hecho nos enfrenta a concepciones en apariencia distintas, con formas de trabajo en principio diferentes aunque no irreconciliables.

Efectivamente desde nuestra concepción clínica, estos niños por sus características psicopatológicas **requieren un abordaje multiprofesional, siendo necesaria no sólo una coordinación de recursos sino una integración funcional de los mismos, para que los aspectos emocionales, pedagógicos, y sociofamiliares estén presentes en el tratamiento.**

Desde la clínica, lo que podemos y debemos aportar a otros profesionales que trabajan con estos niños es la comprensión que hacemos de su funcionamiento mental.

Intentaré plasmar aquí algunos aspectos de cómo trabajamos nosotros y la relación bajo este marco con la escuela, aunque sólo daré algunos detalles, no pudiendo por falta de tiempo profundizar más.

Partimos de que en el niño psicótico existe una estructura psíquica en la que predominan mecanismos proyectivos (evitando intensas angustias de persecución, de catástrofe y sentimientos de agresión), estando bloqueados los procesos de identificación e introyección, forma de evitar el proceso de representación y del pensamiento.

Félix es un niño de 3 años cuando es traído a la consulta; viene diagnosticado de “Trastorno Generalizado del Desarrollo con dificultades en la individuación”.

No tiene lenguaje y en la exploración psíquica que realizamos no se aprecian componentes autistas importantes ya que sí se interesa por el mundo circundante, aunque de forma muy ambivalente; así cuando se le va a recoger a la sala de espera para ver si puede entrar solo con la terapeuta, inicialmente coge la mano de ésta, pero al momento, titubea y volviéndose pega a una señora que estaba allí y que no tenía nada que ver con él, volviendo ya tranquilo a reunirse con la terapeuta (torzazo equivalente a la angustia que le producía la situación y que posiblemente iba dirigido a la terapeuta; esto evidenciaba un mecanismo de escisión claro que le permitió resolver de alguna manera la situación, al dejar todo lo malo y peligroso en la señora desconocida que se quedaba en la sala de espera y

por tanto no representaba ningún peligro allí, pudiendo investir a la terapeuta con atributos más tranquilizadores). En el grupo de Hospital de Día donde fue admitido, sí realiza bastante rápidamente un apego con la monitora asignada (lo que en algunos casos de autismo hubiera costado más), pero de la misma manera, se acercaba para luego rechazarla inmediatamente, evitando el contacto, pero vigilándola continuamente; a veces su ambivalencia la manifestaba acercándose, cogiendo la mano de la monitora, pero para luego golpearse con ella la frente (o a la inversa); si dentro del grupo el adulto significativo para él estaba con otro niño, él miraba, se acercaba hasta cierta distancia, en una ocasión hasta cantó bajito lo mismo que le cantaba el monitor al otro niño, pero se negaba a un contacto mayor, alejándose rápidamente y manifestando además angustia ante un contacto más próximo y huyendo; interpretamos esta conducta como aparición de sentimientos de rabia y envidia muy intensos ante la visión de la relación importante que observaba entre el monitor y otro niño, pero el mecanismo psicótico era la proyección de estos sentimientos agresivos fuera, convirtiendo pues al monitor y al otro niño en figuras peligrosas y persecutorias.

Cuando el proceso de individuación se da con normalidad en el desarrollo del niño, este al percibirse separado, distinto del otro, puede identificarse (interiorizar, asimilar) con aspectos de esa persona, creando las bases de la identidad propia.

Este proceso, que va a posibilitar a su vez la empatía o en otros términos la Teoría de la Mente, va a depender en gran medida del cuidador (por lo general los padres), que puedan devolverle al niño, reflejarle para que él lo pueda interiorizar la distinción y comprensión que hacen del estado emocional del mismo (comprenden o creen comprender que el niño llora o el niño se alegra por tal o cual cosa, los motivos, el porque) transmitiéndole además distintos sentimientos de ellos mismos, posibilitando así una visión de él mismos y de los otros. (Fogarni).

Estos procesos están alterados en el niño psicótico. A la vez estos niños tienen angustias muy intensas como sensaciones de despedazamiento, de caída en el vacío, de aniquilamiento; el bebé en los primeros meses también tiene estas sensaciones corporales, pero en la evolución normal éstas, al organizarse, van a permitir al niño que tenga el sentimiento de "sí mismo", lo que no ocurre con el niño psicótico; en éste no hay un límite claro entre la percepción-sensación (por ejemplo muchos de estos niños no toleran los gritos o que los hables y se tapan los oídos) y evitan la relación no sólo como mecanismo de repliegue autista o como defensa frente a ansiedades paranoicas, como hemos visto, sino también ante la amenaza de una destrucción entre el interior y el exterior de ellos mismos, así como por el pánico a la invasión y la intrusión del otro.

Todo esto también estaba presente en Félix, siendo importante en el tratamiento la comprensión de todo ello. Pero Félix estaba escolarizado en el colegio público correspondiente. Cuando fuimos por primera vez, sus profesores se sentían desconcertados y asustados, de tal modo que todas las manifestaciones del niño (correr de forma inquieta, levantarse continuamente, equivalentes ambos de huir; taparse los oídos, llorar desconsoladamente...) les angustiaba y lo contemplaban con impotencia, proponiéndole otras actividades, pero no pudiendo en ningún momento contener su ansiedad.

Ante la explicación dinámica que les pudimos transmitir, se pudieron acercar al niño de otra manera, sin miedo a dañarle, calmándole cuando comprendían su miedo paranoico, limitándole en situaciones de rabia o descontrol omnipotente..., lo que ha hecho que la integración de Félix haya podido ser una realidad favorable.

En la actualidad Félix ha cumplido 7 años, aún presenta problemas disarmónicos importantes, pero expresa sus deseos aun teniendo un pensamiento muy concreto y simple; participa en el grupo, cumple las normas de la clase y se inte-

resa por el aprendizaje de la lecto-escritura. En el curso pasado (2002-2003), de nuevo notan un retroceso importante, volviendo a quedar desconcertados en la escuela. Todo puede seguir su rumbo normal, cuando vemos que en el grupo de tratamiento han entrado dos niños pequeños, coincidiendo esta situación con el embarazo de la madre, lo que de nuevo ha vuelto a despertar en Félix sentimiento de tristeza intensa, con mecanismos psicóticos de escisión.

En el tratamiento es importante pues actuar conteniendo los elementos psíquicos intolerables, darles un sentido para que el niño pueda asimilarlos y admitirlos y que esta situación sea comprendida no sólo por la familia (con la que se trabaja en grupo semanalmente), sino también y fundamentalmente por la escuela.

A la vez es imprescindible no sólo la contención emocional de la familia sino de los profesores implicados, pues sin esto la integración escolar se convierte rápidamente en un fracaso.

Para algunos casos, como éste, es beneficioso el hospital de día a tiempo parcial, permitiendo que el niño participe durante muchas horas en su escuela habitual. Esto posibilita diferenciar el lugar clínico, con sus implicaciones emocionales, y la búsqueda de la comprensión de los mecanismos psíquicos, estando todo encaminado a una dinámica relacional donde dé sentido al comportamiento del niño, favoreciendo al acceso a la propia identidad y a lo simbólico. Y diferenciar el lugar pedagógico y de enseñanza, donde también es importante la realidad social, con sus normas, sus dinámicas grupales...

Para nosotros es importante distinguir la intervención pedagógica y la psicoterapéutica. Sin embargo desde algunos profesionales de educación se plantea una intervención común en la propia escuela (aulas de autistas, o el hospital de día ubicado y funcionando dentro de la dinámica del centro escolar). Esto tendría el peligro de pedagogizar toda actuación, estando sujetos además a los conflictos de la dinámica escolar.

En estos casos la Pedagogía Terapéutica ha de ser una parte fundamental del tratamiento, pero siempre imbricada con lo clínico, pues no hay que olvidar que son niños enfermos.

Pero esta concepción nos ha de llevar a un trabajo interdisciplinar y coordinado, que estamos lejos de lograr.

Los trastornos de conducta en la escuela son otros de los problemas importantes por los que desde la clínica tenemos que intervenir.

Como ya he planteado en otro lugar, muchos de estos casos corresponden a comportamientos interactivos con el entorno, debiendo siempre enmarcarlos dentro de una dimensión relacional.

Sin embargo en nuestra experiencia, en las peticiones de consulta de estos niños, o bien ya llegan diagnosticados y medicados por el pediatra, o bien vienen catalogados por los propios padres informados desde el colegio o ellos mismos vía Internet, de Trastorno de Conducta con Déficit de Atención e Hiperactividad, pidiendo una ayuda profesional ya programada: medicación específica y pautas de conducta para aplicar tanto en la escuela como en casa.

Desde este planteamiento casi nunca se tiene en cuenta la situación emocional del niño (sentimientos, afectos, conflictos consigo mismo y con el entorno..., no dichos sino a través del síntoma, sin la posibilidad de elaborar mentalmente), o al menos no se le da la posibilidad de expresarlo o de que le escuchemos terapéuticamente; y tampoco se posibilita que los padres comprendan esa situación emocional de sus hijos, facilitando y enriqueciendo la dimensión relacional e interactiva entre ambos.

En muchos de estos casos atendidos en la consulta, se observan unas relaciones por lo general alteradas, pudiendo detectar en el niño signos de sufrimiento psíquico.

Desde el punto de vista psicodinámico muchos de estos niños presentan una Disarmonía Evolutiva y/o un Trastorno de la Personalidad y en la mayoría de los casos se puede apreciar

que en las primeras relaciones de estos niños es constante las rupturas repetitivas del vínculo afectivo (Mises), habiendo defectos y dificultades en el apoyo familiar (dificultades socio-familiares, depresión materna graves que afectan a la relación con el bebé, traumatismos acumulativos en los primeros años...). En algunos casos estas situaciones provocarían sentimientos depresivos difíciles de elaborar, apareciendo la hipersensibilidad como una defensa hipomaniaca.

Evidentemente no todo niño que vive ciertas situaciones va a reaccionar de la misma manera; además de los factores de riesgo, hay que tener en cuenta los factores protectores, así como la mayor o menor vulnerabilidad del bebé.

Muchas veces se aprecia, además de las rupturas de vínculos afectivos en los primeros años, fallos precoces casi constantes en la función de contención de la figura materna, provocando que el niño no haya podido organizar mecanismos de para-excitación, teniendo frecuentemente irrupciones pulsionales desorganizadoras; frente a ellas se defiende con mecanismos de escisión del yo (por ejemplo escindiendo los afectos de ciertas vivencias, la tristeza...) provocando un falso-self (frialidad ante determinadas cosas, indiferencia, hiperaadaptación pero sin compromiso afectivo por ejemplo en la escuela, sin amigos...); todo ello supone una precariedad también en la organización del preconsciente, con fallas en las ligazones de afectos y representaciones, lo que provoca, dificultades en la mentalización de los problemas con continuas actuaciones y pasar al acto.

Veamos un ejemplo:

Enrique tiene 5 años y 3 meses cuando es derivado a nuestra consulta por presentar “conducta agresiva, indisciplinado, retraso académico, así como déficit de atención e hiperactividad”. En una nota enviada por su profesora, además de lo reseñado, apunta cierta incoherencia en el niño cuando habla con los compañeros, dificultades psicomotoras y la tendencia a jugar solo. En nuestra valoración inicial, se aprecia un

temor importante al adulto, con evidentes fallas en la estructuración psíquica, como son un nivel pobre y desestructurado de los gráficos, con dificultades serias de la representación del esquema corporal, y con irrupción de su mundo interno, poco elaborado (en el CAT: la gallina envenena a uno de los pollitos, el lobo tira por ahí a otro lobo que viene a morderlo... y la historia “termina por la tarde, pues lo mata”...). Para los padres es un chiquillo malo, al que hay que castigar y poner normas, pero lo traen a consulta al empezar el fracaso escolar.

El embarazo fue muy deseado y cursó con normalidad, como el parto. El desarrollo psicomotor normal, salvo el lenguaje donde fue más atrasado (evidenciando ya fallas en la organización simbólica).

En la historia familiar nos encontramos que Enrique tiene un hermano 3 años mayor; otro hermano murió a los 4 años y medio, por leucemia. La madre quedó muy afectada, con una fuerte depresión de la que está en tratamiento; el deseo de tener otro hijo, a Enrique, se vinculaba con la necesidad de salir de la depresión; no lo quería como sustituto, pero de algún modo sí vino a llenar el hueco dejado por el otro; la madre cuenta que ella estaba muy mal, pero creía que el niño no se daba cuenta (dificultad de identidad primaria con él, debido a la depresión por pérdida); tienden a compararlo con el niño que murió, sobre todo el padre y no lo tolera y dice textualmente con furia “es todo lo contrario que el otro”; la actitud hacia Enrique es de continuo enfado, de normas muy rígidas y manifiestan que apenas han jugado o se han divertido con él. Parecería que la problemática de Enrique se enmarca en una situación de duelo de los padres, donde ninguno lo ha podido ver como un niño con sus necesidades, afectos, cualidades..., impidiendo que tenga su propia identidad; las malas interrelaciones creadas a partir de ahí genera en Enrique un estado depresivo manifestado por su inquietud y con una imposibilidad de mentalizar esos conflictos.

En el colegio era considerado un niño muy problemático, desobediente, con importantes dificultades de aprendizaje,

reconociendo que era un niño de alguna manera enfermo, siendo casi todo el contacto con Enrique a base de normas y pautas con premios y castigos, lo cual producía mayor frustración en el niño, incrementando sus trastornos de conducta y su incapacidad para estudiar. En un intento de buscar la cooperación con la familia, ésta era regularmente informada de los comportamientos del chico, lo que por lo general los padres suelen entender como un reproche de no ser buenos padres, de no ponerle suficientes límites, lo que aún incrementa la actitud normativa-punitiva (y en el caso de Enrique, el aumento de desilusión de los padres por ese niño).

Nuestra intervención en la escuela inicialmente fue hacerles partícipes de esta situación del desarrollo emocional del niño, tan complicada. Su comprensión cambió la actitud de los profesores hacia él; ya no fue considerado un niño malo, ni siquiera un hiperactivo, etiqueta por la que se le ayuda al menos en la medida de lo posible a manejarse mejor en la realidad (técnicas para el control de impulsos, para afrontar la frustración, para mejorar la atención...), aunque en este caso tampoco habían servido para mucho.

La contención de ansiedades, el posibilitar experiencias positivas, darle un sentido a sus actos y comprender los mecanismos psíquicos puestos en marcha, son esenciales en el tratamiento, pero muchos de estos chicos tienen como manifestación más clara un problema de conducta evidente que imposibilita la mentalización de los problemas, por lo que es necesario en principio un control externo que posibilite posteriormente el autocontrol. El transmitir estos aspectos de nuestra forma de trabajo con el chico en el hospital de día, al que acudía tres días por semana, posibilitó también una forma de trabajo con él diferente en la escuela, no sintiéndose tan débiles frente a él, ni tan cuestionada su autoridad, lo que les permitió poner las normas de otra manera.

Desde nuestra concepción y en relación a las pautas de conducta también nos parecen importantes y necesarias, aun-

que siempre enmarcadas, al igual que la medicación, en un abordaje más amplio; no hay que olvidar que estas pautas son “impuestas” (propuestas) por el adulto y hay algo o mucho de la “Ley Paterna” en ellas; es importante pues que éstas no se impongan de forma autoritaria y punitiva, sino, por el contrario contenedora y como límites claros.

De nuevo vemos la necesidad de un trabajo tanto con la escuela como con los profesionales de los Centros de Salud orientado (seguramente el mejor método sean los **protocolos que unifican criterios de diagnóstico y de intervención**) al conocimiento de los signos psicopatológicos de las disarmonías evolutivas, los fallos en la simbolización y las implicaciones emocionales, evitando la medicalización excesiva que suele ocurrir al ser diagnosticados la mayoría de estos niños como cuadros de “hiperactividad y trastornos de atención”.

Así mismo, tanto en estos casos como en los de **psicosis infantil**, es necesario contar también con **programas específicos de los dispositivos de Servicios Sociales de base, para la integración de estos niños en actividades de tiempo libre o actividades de barrio**. En nuestra experiencia esto se hace aunque no de forma continua, teniendo por lo general una buena respuesta. La dificultad mayor estriba en la dispersión de nuestra población, lo que supone muchos dispositivos con los que coordinarse y en ocasiones pocos niños con las mismas necesidades en una población, lo que dificulta poner en marcha los programas.

Los problemas de aprendizaje en la mayor parte de los casos no llegan directamente (como motivo de consulta), sino que los atendemos ligados a otras patologías.

En primer lugar están **relacionados con las psicosis**, donde evidentemente los mecanismos psíquicos presentes, la escisión, la proyección, el repliegue sobre sí mismo..., van a dificultar y perturbar la adquisición de datos de la realidad; pero además hay una inhibición de las funciones sensoriales, porque lo percibido es peligroso o doloroso; en el mismo sen-

tido hay una inhibición de las funciones kinestésicas (no sentir el cuerpo como fuente de placer y de dolor).

Por otra parte es necesario aproximar al niño psicótico con cautela al aprendizaje, con métodos novedosos que le hagan investir los procesos de simbolización, lo que permitirá que lo aprendido sea integrado en su personalidad y no como conocimientos carentes de sentido.

En las **disarmonías evolutivas y trastornos de personalidad**, son típicos los problemas de aprendizaje. Las dificultades de mentalización y los fallos en el sistema preconsciente, son los responsables en parte de los trastornos graves de aprendizaje que por lo general presentan, como en el caso de Enrique.

En el bebé las vivencias interactivas gratificantes posibilitan la introyección de representaciones positivas que van produciendo una imagen de sí mismo integrado y con buenas bases narcisistas; las vivencias frustrantes, necesarias como sabemos para el desarrollo, cuando son muy intensas y frecuentes conllevan representaciones negativas, del otro y de sí mismo, inicialmente fundidas, unido a sentimientos de frustración, rabia y cólera importantes, provocando un sentimiento negativo sobre sí mismo y de incapacidad básica, y por tanto una fragilidad narcisista muy precoz.

Por otra parte las interacciones ambivalentes, por las proyecciones inconscientes de los padres en el niño, y las dificultades de contención emocional si son importantes, pueden provocar como sabemos, fallas en la organización y funcionamiento de las representaciones mentales (representaciones psíquicas de la pulsión, conectadas con las huellas nemicas) existentes en el preconsciente. La alteración de esta organización da lugar a la merma de la cadena de asociaciones mentales y por tanto al empobrecimiento del pensamiento.

El sentimiento continuo de frustración y pérdida, provoca también una retirada de las iniciativas libidinales, porque entre otras cosas el Otro significativo no responde a ellas.

Todas estas situaciones pueden provocar una depresión crónica en el niño pequeño (lo que conlleva inicialmente una disarmonía evolutiva, pudiendo desembocar posteriormente en un trastorno de la personalidad). Este funcionamiento psíquico le impide o dificulta el proceso de incorporación de datos de la realidad. Pero además hay una dificultad en el investimento del propio aprendizaje; por lo general estos niños activamente se niegan a prestar interés, a aprender; muchos sí logran interesarse en clases muy individualizadas, en parte porque no hay tantos estímulos dolorosos e incontrolables. Invertir el aprendizaje significaría perder las fantasías omnipotentes (pero de naturaleza muy empobrecida) que acompañan (como defensa) a la depresión crónica en el niño pequeño (Palacios Espasa).

Toda esta situación afecta a la capacidad de sublimación y de creatividad de estos niños, por lo que no pueden tener experiencias estimulantes que les ayude en su autoestima. Por el contrario, van viviendo experiencias cada vez más frustrantes, lo que incrementa sus trastornos de conducta y sus defensas omnipotentes. Así mismo su capacidad de frustración es muy baja, en parte porque las dificultades de mentalización les hace intolerable la espera, pero también porque el no conseguir algo inmediatamente (incluso la adquisición de conocimientos), les aumenta su herida narcisista, siendo vivida la espera como un fracaso de ellos.

En otros casos de trastornos de personalidad lo más marcado es una patología del desarrollo del narcisismo (con repercusiones en la autoestima) y de los impulsos agresivos. Como defensa frente a la envidia aparece una desvalorización de los otros y de todo en lo que tienen que realizar un esfuerzo (los estudios, el deporte..., o son los mejores o nada). Aquí se pueden insertar muchos de los fracasos escolares en chicos inteligentes.

En algunos casos de *naturaleza neurótica*, podemos observar una inhibición frente al aprendizaje, manifestando en ocasiones falta de interés y aburrimiento, como forma de elu-

dir algo que constituye un estímulo psíquico, de una intensidad o de un carácter conflictivo (ciertas actividades u objetos de aprendizaje puede simbolizar deseos prohibidos).

En ocasiones el conflicto no surge en la adquisición de los datos de la realidad (interés por el aprendizaje) sino en su elaboración, en la dificultad de enjuiciar y de razonar, para evitar así mismo sentimientos de angustia, culpa, soledad, responsabilidad... En algunos chicos lo más importante sería el temor a afrontar la independencia (y la soledad) que acarrea el crecer.

En los chicos con una organización obsesiva, puede aparecer un conflicto con el aprendizaje muy importante, pues han de mantener la atención en muchas cosas o en una sola pero de forma obsesiva, para apartarla de otra dolorosa. También tienen como mecanismo de defensa recuerdos excesivos de datos para negar otros, lo que les invade el pensamiento imposibilitándoles el aprendizaje.

Veamos un caso donde partiendo de una depresión se han sumado varios factores que han desembocado en trastornos de aprendizaje serios:

Raúl tiene 10 años y es enviado a la consulta porque es contestón, desobediente, todo le da igual y hace lo que quiere; es muy nervioso y chantajista, pues a veces si no le compran lo que quiere no hace lo que le piden. Además tiene dificultades en el aprendizaje y en el colegio está aislado, va suspendiendo casi todo y no tiene ninguna motivación en los estudios ni en casi nada.

Es hijo único; comentan que no han tenido más en gran medida porque él no quería tener otro hermano, "porque le quitaría las cosas" (hasta aquí la primera pregunta es ¿por qué los padres no han podido poner, pedir y exigir unas normas y límites claros a sus deseos, expresados muchas veces como chantajes?).

Hasta hacía dos años, había sido un niño algo travieso pero al parecer normal. A raíz de que la madre tuviera que dedicarse casi enteramente a la abuela al sufrir ésta una rotura

de cadera, Raúl comenzó con los problemas de comportamiento, de exigencias y mal en el rendimiento escolar. Hace un año en relación a la petición de consulta, el padre sufre un accidente de moto, teniendo a raíz de ello una depresión importante, debiendo estar de baja por ese motivo. La madre así mismo, presentaba un cuadro depresivo agudizándosele en esta situación. Las dificultades del chico aumentan en este período.

En el colegio le empiezan a llamar tonto y al parecer a meterse con él y se queda sin amigos. Comienza en este período a tener un síntoma muy ruidoso, sonarse la nariz con mucho estruendo, lo que hace que se interrumpa la clase; en realidad lo que siente es que se ahoga (posible síntoma de ansiedad) y no puede respirar bien, pero como no le dejan salir de la clase, se suena fuerte para ver si se alivia algo.

En casa su madre continuamente le castigaba, le voceaba para que estudiara algo; su padre también.

En el colegio era considerado vago, poco trabajador, pues ellos creían que sí tenía capacidad para estudiar y que su negativa a hacer algo era por vago (sobre todo en el último período, donde se hundió mucho más al suspender Lengua, asignatura en la que sí se había esforzado); en ese período, en el inicio del segundo trimestre de 2003, está mucho más irritable, se niega a realizar cualquier trabajo, no sale ni juega con nadie y los síntomas de ansiedad son intensos. Pero tanto en casa como en el colegio insisten en su negativa a estudiar, poniéndose cada vez más severos.

El nivel intelectual de Raúl es de 102. En las entrevistas iniciales él me dice que no tiene problemas, pero después los centra todos en que tiene problemas para estudiar, porque dice que no se entera de lo que le explican o de lo que estudia; al mostrarle el C.I. y comprobar que no hay ningún problema en su inteligencia, contesta textualmente que los chicos normales, que estudian, no destacan en nada y él prefiere ser tonto antes de no ser él mejor.

Sorprende esta exigencia narcisista tan grande, que ya parece estar presente en el desencadenamiento de todo el cuadro, hace dos años. En ese momento al quedarse sin los apoyos maternos fundamentalmente, debió vivirlo con un sentimiento de abandono y soledad importante.

Pero a la vez la historia que podemos reconstruir de los padres también parece estar influyendo: el padre, aunque dice estar conforme con su vida, no quiso estudiar y ahora se arrepiente, pues envidia sobre todo a los abogados (inicialmente sorprende este sentimiento, pues no explica muy bien por qué); la madre tampoco quiso estudiar, pero ya de más mayor cuando sí se interesó por los estudios, no pudo porque su padre había muerto y ya no había posibilidades económicas; pero desde entonces envidió mucho al hermano que estudió derecho (por tanto es el abogado al que el cuñado también envidia). Todo esto posiblemente está proyectado en el chico, que tiene que cumplir pues con toda la carga de tener que ser él el que sí estudie y sea el triunfador y el posible abogado que sus padres no fueron.

Por una parte parece haber estado investido de un gran narcisismo por parte de los padres, pero que se derrumba y se vuelve en contra cuando se enfrenta con las primeras dificultades, separaciones.

Además en sus rivalidades edípicas, su deseo de superar al padre (expresado en algún dibujo, como que el pequeño puede al grande y le vence) se topa con la depresión y el sentimiento de fracaso del padre, debiéndole provocar bastante ansiedad, porque ¿cómo querer ganar a un padre dañado?; pero a la vez ansiedad, al no quedarse con referencias de identidad claras (expresa que no se quiere parecer al padre cuando sea mayor –¿en la depresión?, ¿en el sentimiento de fracaso?– y aclara que en estar calvo).

Creo que todos estos aspectos en relación con los problemas de aprendizaje que he marcado, nos hace también ver la necesidad de un trabajo interdisciplinar en la escuela, aportando la visión clínica.

EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

Como vemos, muchos de los niños con problemas mentales, debutando algunos de ellos más claramente en la escuela, por sus características psicopatológicas requieren un abordaje multiprofesional, siendo necesaria no sólo una coordinación de recursos sino una integración funcional de los mismos, para que los aspectos emocionales, pedagógicos, y sociofamiliares estén presentes en el tratamiento.

Además de la importancia de la intervención multiprofesional, en los casos con una patología mental severa, es necesario una política preventiva de detección e intervención precoz, estando implicados varios equipos.

Y todo ello manteniendo en nuestro caso la especificidad clínica, tanto físicamente, como conceptualmente.

Sin embargo en la práctica este funcionamiento es difícil de realizar. Además de las diferentes concepciones teóricas de las que parte cada equipo (aunque creo que en muchos casos hay un desconocimiento profundo de cómo trabaja cada cual), está el fantasma de la pérdida de poder por ambas parte.

En todo caso, si queremos realizar un trabajo interdisciplinar y comunitario, es necesario comprender las causas y dificultades que están interrumpiendo este funcionamiento interdisciplinar.

En el Área Mancha Centro, nuestro Equipo de SMIJ, para favorecer la coordinación de los diferentes equipos profesionales implicados propusimos:

Formación de una **Comisión técnica interprofesional** en nuestra área sanitaria, de forma oficial integrada por profesionales del área, pertenecientes a SMIJ, Educación y Bienestar Social fundamentalmente.

Los objetivos de la Comisión a nivel de organización serían:

- Conocer la especificidad de cada equipo, evitando funcionar en redes paralelas.
- Mejorar los sistemas de derivación de casos y de coordinación.

- Conocer los problemas psicosociales y psicopedagógicos más relevantes en estas edades y que impliquen a los diversos equipos.
- Realizar protocolos de intervención conjunta en aquellas problemáticas que así lo requieran, abarcando también la perspectiva preventiva.
- Comunicar a las autoridades competentes las necesidades que se detecten en materia de prevención, actuaciones conjuntas y de recursos necesarios.

Los Objetivos a nivel del trabajo concreto los centramos en:

- Unificación de criterios diagnósticos de las patologías emocionales severas en la infancia y adolescencia.
- Conocimiento de las indicaciones clínicas (perfil psicopatológico) para el tratamiento de estas patologías en las Unidades de terapia intensiva (Hospital de día a tiempo parcial).
- Conocimiento del trabajo clínico y del trabajo psicopedagógico de los equipos implicados.
- Búsqueda de vías de coordinación para un abordaje conjunto multiprofesional.
- Búsqueda de soluciones para una integración escolar más eficaz de los niños con estas patologías.
- Valoración de qué casos se beneficiarían más de un dispositivo de Hospital de Día a tiempo completo.

Esta propuesta, realizada hace más de un año, fue muy bien acogida en la Consejería de Sanidad, donde pertenecíamos administrativamente, comenzando a gestionarla con las otras administraciones implicadas. Al parecer la consejería de Bienestar Social también era favorable a este funcionamiento, la de Educación si bien al principio sí dio el visto bueno, después paralizó la iniciativa, siendo fundamentalmente la dificultad el planteamiento que se hacía desde la clínica del Hospital de Día.

En la actualidad parece que es una propuesta que se está volviendo a retomar.

En el mismo sentido, aunque en otro ámbito, siguiendo la tónica que un grupo de profesionales vinculados con la salud mental del niño y adolescente, a través del cual hemos realizado diferentes trabajos sobre todo en relación con los niños con trastornos mentales severos, vamos a continuar con otro grupo de trabajo a nivel nacional, para plantear “el trabajo interdisciplinar entre los dispositivos de educación y SMIJ”.

Espero que estas inquietudes puedan llegar a buen término.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA*

M.^a Remei Tarragó Riverola**

La prematuridad es una de las circunstancias neonatales con mayor incremento en los últimos años. Sabemos que actualmente en un 10% de los nacimientos se requiere la atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La mayoría son bebés de menos de 37 semanas de gestación o de un peso inferior a 2.000 g.

En Cataluña, donde sabemos que existe uno de los índices de natalidad más bajo de Europa, nos encontramos ante un incremento muy importante de prematuridad así como de nacimientos de bebés con bajo peso para la edad gestacional. Sabemos que las principales causas de este incremento son:

- los tratamientos de reproducción asistida,
- el incremento de partos múltiples, que lógicamente tiene que ver con el punto anterior,
- y la edad de las madres, cuya media en nuestra experiencia es de 34 años en el momento del parto, con un índice de madres de más de 35 años del 31,6%.

Me gustaría mostrar unos gráficos cuyos datos fueron publicados por la Conselleria de Sanitat, en los que las cifras

* Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

** Psiquiatra. Fundación Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

nos ayudan a pensar con qué preocupación, los distintos profesionales, debemos enfrentarnos a la difícil tarea de la lucha constante contra la muerte que se nos antoja como inadmisiblemente en un recién nacido, haciendo frente a las propias limitaciones y, cada uno a su manera, a la problemática del duelo y de la ética profesional.

La inmadurez fisiológica de estos bebés hace necesaria, en la mayoría de los casos, una larga hospitalización y por tanto una intervención de alta tecnología médica, aspecto éste que hará sentir a las madres especialmente incapaces, especialmente culpables.

A través de las ventanitas de la incubadora, la madre ve a un niño al que no puede reconocer, a un niño que representa para ella su impotencia y su fracaso, y que no le devuelve nada de su propia imagen. Si la mirada de la madre se aleja del niño, el bebé no tendrá dónde aferrarse para construirse.

En las etapas iniciales la falta de integración mental del bebé hace que las partes del psiquismo no se encuentren bien diferenciadas de las partes del cuerpo; es así como podemos descubrir la importancia de la experiencia del bebé con su propia piel, vivida como receptáculo que le hará de límite periférico. La formación de esta "otra" piel será posible si puede interiorizar experiencias suficientemente gratificadoras y protectoras en su relación con los padres.

Los neonatos que han nacido a término están dotados de un conjunto extraordinario de capacidades que les van a permitir establecer un vínculo afectivo con sus padres. Las madres, al mismo tiempo, parecen estar biológicamente preparadas para leer y responder a las señales y necesidades del bebé (Bowlby, 1980).

Si observamos a un bebé prematuro vemos cómo su apariencia y patrones de conducta son muy distintos cualitativamente a los de los niños nacidos a término. Cuando éstos responden, sus señales son muy débiles y de difícil lectura para los padres ya que con frecuencia tienen conductas de evita-

ción de unos estímulos que les son excesivamente abrumadores.

Vemos cómo en estas circunstancias el establecimiento del apego se da de forma mucho más lenta y con más dificultades. Todo ello dificulta las interacciones de los padres y su bebé que tienen un papel primordial en el establecimiento del vínculo.

Un buen procedimiento para afrontar este problema es el de favorecer el contacto piel a piel o “método canguro”, ya que brinda al niño calor, estímulo afecto y contención. Hemos encontrado que las madres dispuestas a realizar la experiencia, tienden a poder lactar a su bebé con más facilidad. Hay autores que dicen que para las madres esta experiencia es un estímulo que permite mayor producción de leche, esencial en los niños prematuros de bajo peso al nacer.

Los padres modifican la percepción de fragilidad de su hijo viéndose capaces de ocuparse de él, sintiéndose parte más activa en los cuidados, crecimiento y desarrollo, y favoreciendo el establecimiento del vínculo afectivo con él.

Entendemos que nuestro trabajo se fundamenta en la ayuda a los padres. La madre que acaba de dar a luz a un niño del que se la separa inmediatamente por la situación de elevado riesgo, se ve inmersa en un gran sentimiento de culpabilidad que le pone en cuestionamiento todas sus referencias. Debemos hacer sentir a las madres que ellas tienen mucho que hacer por su hijo y, además de mejorar el estado del bebé, nuestro trabajo debe facilitar a la madre que mejore su propia imagen, que recupere sus capacidades de ser madre de su hijo, de lo contrario, cuando se le dé el alta podrá tener serias dificultades para cuidar de él.

También es importante señalar que un gran número de niños que han sido hospitalizados desde el nacimiento y, algunos durante mucho tiempo, evolucionan psicológicamente sin problemas. No podemos asociar las dificultades y el dolor sufrido por un niño a un sistemático desarrollo patológico. El

peligro de tal suposición es etiquetar al prematuro y a su entorno de población de riesgo. Sabemos que la mayoría de los niños prematuros no tendrán problemas, principalmente si se realiza un trabajo desde la Unidad de Neonatología que contemple la globalidad del niño y la atención muy próxima a la familia.

En nuestra experiencia hemos visto a lo largo de 2 años en la UCIN del Hospital de San Pablo de Barcelona a 372 prematuros de los cuales 39 nacimientos son de mellizos y 11 nacimientos de trillizos. Esto significa que un 20,96% son partos de mellizos y un 8,87% son trillizos, siempre en datos de nuestro Hospital, que cuenta con una Unidad de Reproducción Asistida. En la revista *Clínicas de Perinatología*, (vol. 1, 2003,) aparece un artículo en el que hablan de un incremento del 32% de gemelos y del 166,6% de trillizos en el período entre 1989 y 2000.

Este hecho comporta que una parte de los prematuros a los que asistiremos son fruto de un difícil proceso donde la técnica aporta novedades psicológicas en la parentalidad que tendremos que asistir y comprender. Nos encontramos ante un proceso de duelo complejo que se manifiesta en las distintas reacciones de las parejas ante el diagnóstico de infertilidad. La infertilidad, como nos describe la psicóloga Nuria Camps, es un “duelo de duelos” que contempla un múltiple proceso de elaboración de la pérdida, que se puede centrar en tres núcleos:

- Pérdida del equilibrio vida/muerte que rompe el sentimiento profundo de vida
- Pérdida del hijo deseado, entendiéndolo como un objeto interno tejido desde la infancia y que simboliza la fecundidad. Es el fracaso de las identificaciones edípicas con los padres fértiles y la imposibilidad del cumplimiento con el ideal del Yo. Este es un duelo que se elabora en la intimidad de la pareja, y se elabora mejor o peor dependiendo de la comprensión que se reciba y alcance de la información.

- el tercero se refiere a la asimetría existente en la pareja ya que lo más frecuente es que sólo un miembro de la pareja sea biológicamente infértil, hecho que puede provocar acusaciones explícitas o silenciadas.

La experiencia va mostrando la dificultad para realizar esta elaboración del duelo. Se busca en las Técnicas de Reproducción Asistida la terapéutica que permite negar la pérdida causada por la infertilidad.

Todo ello nos ayuda a comprender la situación en la que se encuentran los padres cuando tienen que hacer frente a una compleja y arriesgada función parental.

Nos encontramos en una situación en la que existe un elevado grado de sufrimiento, tanto en el bebé como en los padres. Tendremos que plantearnos qué resistencia al sufrimiento tienen cada uno de ellos (concepto de “resiliencia”). Hemos observado que conocer las competencias del bebé ayuda a los padres a tolerar mejor el sufrimiento, del mismo modo que tener unos padres “competentes” ayuda al bebé a tolerar los procesos tan difíciles por los que deberá pasar hasta el momento en que se le dé el alta médica.

Brazelton señala lo sensibles que son los bebés a su ambiente y con qué fuerza ellos mismos lo configuran, del mismo modo sabemos que las actitudes y conductas parentales variarán en función de las características propias del bebé.

Sólo se puede encaminar al bebé hacia su óptimo desarrollo si les damos a los padres la oportunidad de intervenir activamente en él. Facilitar esta comunicación con los padres les ayudará, más adelante, a sentirse con capacidades ante la crianza.

Entendemos como principal objetivo de nuestra actuación en la Unidad Neonatal el de restablecer el vínculo que se ha visto dañado por el nacimiento prematuro.

Es evidente que no existe una técnica que pueda conseguir dicho objetivo, pero sí existen, una actitud observadora que nos ayudará en la comprensión del bebé prematuro y una

visión respetuosa del estado mental y de funcionalidad de los padres que intentaremos favorecer conteniendo, en lo posible, sus ansiedades y acercándoles al descubrimiento de quién es su bebé, además de conocer cuáles son sus constantes vitales, o cuánto pesa.

Durante la hospitalización, el bebé deberá constituir-se y construir-se. También es importante que se le ofrezca, al mismo tiempo, la posibilidad de construir a su madre.

Las respuestas del bebé, mostrando sus competencias, ayuda a los padres a descubrir aspectos sanos de interacción del niño, con su entorno, con ellos y con el explorador. Este descubrimiento ha sido el que ha llevado en ocasiones a expresiones como “ahora veo a un niño”, o, “pensaba que nunca daría ninguna respuesta”, “¿es posible que me reconozca?”, “¿cómo puede ver si todavía no ha nacido?”... y un largo etcétera de preguntas de los padres con las que nos muestran su inseguridad ante lo que ya sabían pero que el “trauma” del nacimiento prematuro, de su paternidad prematura, parece no permitirles reconocer.

La sensibilidad y el esfuerzo de las personas que trabajan en la unidad hacen posibles respuestas y actitudes muy a favor del crecimiento tanto por parte de los niños como de los padres en un medio tan inhóspito como es una UCIN. Es fundamental tener en cuenta, cuidar y potenciar la higiene mental del personal y del equipo, habida cuenta la complejidad de las ansiedades que permanentemente entran en juego, sabiendo que pueden ser determinantes en la evolución de la “prematuro” Unidad Originaria.

Este trabajo no es posible sin un equipo de profesionales que “sobrevive” como tal a pesar de enfrentarse constantemente a grandes dificultades. Romana Negri habla del constante sentimiento paranoide que reina en un Servicio de neonatología. Éste está siempre presente a causa de la ansiedad, los riesgos, el miedo de cometer el mínimo error y también a causa del sentimiento de ser permanentemente cuestionados

por los padres. Por tanto, es importante plantearnos nuestro posicionamiento dentro de la unidad.

Desde mi experiencia me atrevería a decir que debemos trabajar con respeto “a las decisiones del equipo”, es muy importante navegar en un mismo barco y seguir el rumbo que ya se ha fijado. No caben dudas cuando se plantea una reanimación o la aplicación de un tratamiento más o menos confortable para el bebé. Es mucho más importante poder hablar, a posteriori, de las dificultades con las que se han encontrado, poder decir y escuchar visiones distintas del bebé y de la familia para cuestionarnos las diferencias de cada niño.

El equipo se formará como un espacio donde debería hablarse de la dificultades de la maternidad o paternidad durante la hospitalización y las fluctuaciones del niño respecto a su deseo de vivir. De esta forma realiza una función simbólica. No se trata de un trabajo aislado del psicoterapeuta ni tampoco debe de ser un trabajo “anexo” sino que forma parte del tratamiento que se brinda desde la unidad de neonatos con la finalidad de que el sufrimiento se pueda expresar, sentir y simbolizar, con lo cual, podremos transformarlo en situaciones “mejor digeribles”, y de mejor contención, en beneficio del bebé, de sus padres y de la relación entre ellos.

Somos conscientes del reto que suponen para el trabajo terapéutico estas nuevas experiencias de “ser padres”, ya sea de niños prematuros, de hijos engendrados por fecundaciones in vitro, o cualquiera de las técnicas de reproducción asistida, ser padres primerizos a edades avanzadas, o los partos múltiples que suponen una paternidad de dos, tres o cuatro hijos y, en el mayor número de casos, con dificultades desde el inicio.

Creo que estos temas ocupan en la actualidad a muchos profesionales, obstetras, neonatólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos. A lo largo del tiempo en el que estoy realizando este trabajo, he ido descubriendo que hay temas y ansiedades que sólo aparecen después de bastante tiempo de trabajar con la familia; son los duelos de la pareja ante la infertilidad, y/o los

resentimientos con el mundo médico, sintiendo un descuido que lo expresan como falta de información, prisas en la toma de decisiones importantes, en momentos en los que la emoción que les invaden desde el conocimiento del embarazo, tan y tan deseado, no les permite pensar. No será posible verbalizar sus sentimientos hasta el momento en el que puedan iniciar un proceso de elaboración de todo lo que les ha ocurrido, algunas veces un proceso muy doloroso de pérdidas y duelos.

De entre las situaciones con las que nos encontramos en la UCIN, quiero referirme especialmente a la que me genera más cuestionamientos desde la técnica hasta la ética; es el tema de las “reducciones”. Creo interesante poder definir desde la práctica médica qué se entiende por “reducción”. La reducción fetal en embarazos múltiples (RFEM) es un procedimiento clínico desarrollado a mediados de los años ochenta, cuando un pequeño número de centros de Estados Unidos y Europa intentaron mejorar los resultados habitualmente adversos de los embarazos múltiples mediante la terminación selectiva o reducción del número de fetos hasta cifras más manejables. Sabemos que todavía no existe un criterio sobre la legalidad respecto del número de implantaciones que se pueden realizar. Éste está siendo un tema muy actual del que esperamos una clara legislación. En los embarazos gemelares naturales, está descrito que existen muchos más embarazos que partos ya que se sabe por ecografías que no es infrecuente la muerte de uno de los gemelos dentro del útero. Los ecografistas cada día están más de acuerdo respecto al fenómeno conocido como “el gemelo evanescente” (Landy 1982) que consiste en que la temprana detección de gemelos puede ser seguida, más tarde, por la desaparición de uno de ellos, la cual es diagnosticada como una amenaza de aborto, posteriormente tiene lugar un parto de hijo único.

Curiosamente, si es un embarazo múltiple parecería que no podemos enfrentarnos a la muerte, natural o provocada, de uno de los gemelos. Parecería que si al final existe un parto y

un nacimiento, ya no importa lo que ha sucedido durante el embarazo.

Todo ello me ha llevado a preguntarme ¿por qué se le llama reducción? Lo he preguntado a compañeros ginecólogos, neonatólogos o que practican técnicas de reproducción asistida y las respuestas que he ido obteniendo nunca me han resultado del todo convincentes. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua encontré una definición que se ajustaba al sentimiento que me producía la escucha de los padres angustiados cuando pueden hablar de su experiencia, que normalmente es después de uno o dos años desde el nacimiento.

La Real Academia define el término “reducción” como *la operación que consiste en eliminar de una vivencia y de su objeto toda toma de posición acerca de su realidad, así como de la existencia del sujeto*.

No creo que al darle este nombre se pensara en la disociación que supone, pero sí que es cierto que se elimina, de tal forma que termina siendo una información que no existe ni en la mayor parte de las historias de los ginecólogos ni, por supuesto, en la de los neonatólogos. Parece que éste es un dato que queda en la historia del centro donde se realizó la técnica de reproducción asistida, muy probablemente porque tampoco sea una información que se solicite a los padres, favoreciendo la negación.

No existe mucha información sobre las consecuencias psicológicas en la madre que sufre esta intervención ni de cómo la vive el padre, siendo una situación tan alejada de su cuerpo pero tan cercana a sus sentimientos. ¿Cuáles son las consecuencias de los niños nacidos después de una reducción?, ¿cómo se maneja la culpa? Todos estos interrogantes nos tienen que ayudar a pensar en la necesidad de un soporte psicológico para estas parejas en momentos tan difíciles, donde se les pueda ayudar a pensar y elaborar sus decisiones. Por el contrario nos encontramos ante una situación donde ciertamente “eliminamos toda toma de posición acerca de su reali-

dad, así como de la existencia del sujeto”, como nos dice la definición antes citada.

CASO CLÍNICO

Mónica es una niña que nace a las 27 semanas de gestación con un peso de 1.300 g. Primer hijo de una pareja de 39 años tratados con técnicas de reproducción asistida, concretamente con una FIV (fecundación in vitro).

En la historia obstétrica consta un aborto terapéutico por una alteración cromosómica del hermano mellizo hallada en el estudio del diagnóstico prenatal.

La recién nacida permanece dentro de las dificultades propias de un gran prematuro durante aproximadamente 48 horas, a posteriori hace una hemorragia pulmonar y al cuarto día se detecta una hemorragia cerebral grado IV.

- Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, que fue de cuatro meses, se intervino colocándole una válvula de derivación.
- La niña requiere de muchos cuidados médicos al ser dada de alta, siendo necesarios varios ingresos y dos intervenciones quirúrgicas cerebrales más para resolver problemas existentes en su válvula y teniendo que ser necesaria la colocación de una nueva derivación.
- A lo largo de este doloroso proceso fuimos observando a la niña y entrevistando a los padres e intercambiando con el equipo de médicos y enfermeras formas de acompañar y contener las ansiedades manifiestas que mostraban estos padres, en un inicio, expresadas como queja constante de todo lo que se hacía con la niña, cuestionando constantemente los diagnósticos y cuidados que recibía su hija. Esto despertaba un comportamiento hostil de las enfermeras hacia ellos, que todavía les hacía sentir peor tratados y con más temores sobre el trato hacia el bebé.
- Se pudo hablar en una reunión de equipo de la situación

y el rechazo que despertaban estos padres buscando formas de acercamiento a su dolor y sentimiento de culpa.

- En las distintas entrevistas que fuimos realizando durante el ingreso de la niña los padres fueron verbalizando su necesidad de hacer algo más por su hija. Grabaron cintas con la voz de los padres que introducíamos en la incubadora a ratos, cuando por la observación que realizábamos nos parecía que podía ser más gratificante para ella.

Al darla de alta, la madre, se sentía bien acogida y pudo expresarlo.

Se realizó el seguimiento que hacemos con los niños de la Unidad, a los 6 m, 9 m, 12 m, 18 m y 24 m. Después del primer reingreso se derivó a un centro de atención precoz para tratar las secuelas motoras y atender globalmente a la niña en su evolución. Nuevamente fue difícil esta derivación ya que la madre expresó que no se sentía suficientemente atendida y acudía con frecuencia al Hospital para ponernos al corriente de las dificultades y progresos de la niña. Esta evolución ha sido así hasta los dos años de edad, que corresponde al momento en el que la derivación ya es casi imprescindible por cuestiones de nuestra posibilidad de atención. Es en esta entrevista de derivación hacia una compañera que da continuidad al seguimiento, donde la madre relata su sentimiento de *ir navegando por un río con una barquita y que de repente se encuentra en una catarata dándose cuenta de que no estaba bien preparada para hacer frente a la precipitación que suponía dar aquel salto inmenso al vacío.*

Sigue diciendo: *“Cuando decidimos probar con técnicas de reproducción yo no lo tenía muy claro, pero accedí porque veía lo importante que era para mi pareja. Fue muy duro, fracasamos en dos intentos y, ya en el último, quedé embarazada. Durante las primeras semanas me comunicaron que era un embarazo múltiple de trillizos, cuando me había hecho a la idea, me aconsejaron que por mi edad no era conveniente*

seguir con los tres y que debía plantearme una reducción. Me lo tuvieron que explicar varias veces porque no entendía lo que me decían. Mi pareja me dijo que tenía que decidir yo y que él apoyaría mi decisión, no podía esperar muchos días y tampoco sabía qué preguntas podía hacer para saber que no me equivocaba, ¡imágenes cómo me equivoqué!, al final vi a los médicos tan convencidos que decidí que sí sin saber por qué. A las pocas semanas me explicaron que uno de los dos bebés que tenía estaba afectado de una cromosomopatía y que estaba en mi derecho de hacer un aborto terapéutico, siento que aquí sí que opinó mi pareja, aunque la embarazada seguía siendo yo. Hicieron el aborto y seguí con mi embarazo, parecía que ya no podían suceder más cosas, intentaba olvidar y ocuparme de mi embarazo aunque me sentía muy mal y no podía expresarlo porque nadie lo entendía, y luego... bueno lo que sigue ya lo conoce. Algunas veces me pregunto ¿cómo hicimos la elección? ¿Teníamos derecho a hacerlo? ¿Cómo hubiese sido si no me hubiesen reducido? ¿tendría ahora un hijo sano? Estas preguntas sin respuesta me atormentan y algunas veces me hacen pensar que no quiero a mi hija y me siento muy culpable porque parecería que la quiero sustituir y no es esto ¿o piensa que sí? Bueno ya ve que estoy muy confundida, pero ¿pueden suceder más cosas en el transcurso de 27 semanas?, creo que es muy difícil llegar a asimilar tanto dolor.

Después de trabajar con padres en distintas situaciones de duelo, donde existe en común el hecho de haber sido practicada una F.I.V. y posteriormente una reducción embrionaria creo que el duelo del que me hablan es el “duelo del hijo sustituto”, el duelo del hijo que tenía que haber nacido en sustitución del que tienen, o en ocasiones del hijo que han perdido.

Es obvio que cualquiera de estos temas nos plantean cantidad de dudas sobre la sensibilidad y la ética en nuestras intervenciones.

Me gustaría leer, para terminar, dos citas, una de la Mitología Clásica y otra muy actual.

El mito clásico, muy bello y muy rico, el de *Asclepio Esculapio*. Era el Dios de la medicina para los griegos y su saga es bien conocida. Pero su poder lo llevó a cometer el pecado original de la ética médica, “la soberbia y la codicia”. Esculapio empezó a resucitar a los muertos, considerando que él estaba en condiciones de transgredir los límites de la naturaleza, de hacer lo que estaba de alguna manera sólo facultado a los dioses, pero no a los mortales. Y, entonces, fue castigado por Zeus, con su saeta. Se dice que Asclepio aceptó resucitar a los muertos, un poco por *hybris*, que decían los griegos, por soberbia; pero también por codicia ya que pasaba honorarios altamente diferenciados por estas prácticas, también muy diferenciadas.

La última cita corresponde a un compañero del hospital (Dr. Basas) que en una conferencia sobre su trabajo en Técnicas de Reproducción Asistida decía: “Los médicos que nos dedicamos a estas tareas deberíamos entender el éxito, cuando podamos preguntarnos ¿cuántos niños sanos hemos traído al mundo? en lugar de ¿cuántos embarazos hemos conseguido?”.

ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN FAMILIA MONOPARENTAL. DOS HISTORIAS PARA UN PROCESO*

Agustín Béjar Trancón**

RESUMEN

Se resume el proceso terapéutico con un niño adoptado, en una familia monoparental, para ejemplificar los problemas de vinculación en estos casos y la necesidad de adecuar los encuadres terapéuticos a situaciones relacionales tan especiales, en donde se mezclan situaciones previas de carencia y pérdidas importantes, la transculturalidad y los “nuevos contextos” familiares. La utilización conjunta de entrevistas individuales con el niño y terapia madre-niño, permite además una perspectiva privilegiada para observar ese proceso de vinculación en las narraciones que ambos participantes fueron estableciendo.

Palabras clave: adopción internacional, parentalización, psicoterapia madre-niño.

* Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título “La psicoterapia en nuevos contextos”, se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003. El autor quiere manifestar expresamente su agradecimiento a Marian Fernández Galindo por la supervisión y ayuda en la elaboración de este trabajo.

** Psiquiatra. Psicoterapeuta.

En las situaciones de adopción la predisposición para “entender a un bebé”, cuya base está en la capacidad de identificación y empatía manifiestas en la preocupación maternal primaria y las capacidades de contención y mentalización que le siguen, estará más dificultada, pero podemos pensar que en parte es la tarea a realizar incluso con niños de varios años. El problema para la terapia es cómo crear una situación que de alguna manera apoye las capacidades para ese fenómeno, dados los graves factores que juegan en contra, como la ausencia de todo lo que un embarazo y la naturalidad del proceso pone en ello. A eso hay que añadir historias previas a la adopción a veces muy traumáticas y precoces que pueden interferir permanentemente el desarrollo mental del niño. Entonces, como en frase lapidaria decía Winnicott, los padres no se llevan un niño, sino un caso para hacer terapia. Favorecer la sintonía padres-niño va a ser una herramienta fundamental para acercarse a la situación en que un niño sólo necesita de “cuidados comunes”.

Los problemas de la función parental y la necesidad de adecuar los encuadres terapéuticos en estos casos es todavía mayor si se suman situaciones que constituyen contextos muy especiales, como se daban en un niño de siete años, Guille, adoptado a los cinco por una mujer sin pareja: Es un niño de otra raza y otra lengua que en esos dos años de adopción ha conseguido un conocimiento del español que le permite comunicarse con suficiencia, no hablando su lengua materna. Por si esto fuera poco, el niño ha perdido ya, cuando es adoptado, además de a su madre biológica (en los dos primeros años de vida), a una primera madre adoptiva de su comunidad (en torno a los cuatro), tras lo que malvive “criado comunitariamente”, luego es recogido por una institución hasta que lo adoptan nuevamente.

La madre consulta por los problemas de conducta del niño, con peleas frecuentes y momentos de agresión en cuanto se dan situaciones que le frustran (por ejemplo, visita de un amigo de la madre que la saluda cariñosamente). Otro tipo de con-

ductas que le preocupan tienen un claro contenido sexual, mostrando gran desinhibición con otros niños. Los episodios violentos pueden ser realmente espectaculares para un niño de esta edad: llegando a coger cuchillos con los que amenaza atacar a la madre o matarse.

Me apoyaré en viñetas de la evolución de este caso clínico para mostrar además como el proceso de adaptación complejo que lleva a “convertirse en madre” y “convertirse en hijo” corre en las dos direcciones, hacia la sintonía en los movimientos psíquicos de ambos.

En la evaluación con el niño, Guille se mostró muy participativo a través de los dibujos y verbalmente, impresionándome su capacidad de comunicación emocional: Se presenta con unas cuantas fotos, todas menos una a partir de su adopción; esa primera foto son unas montañas y comenta, con tono bien triste: “Mi pueblo está tras esas montañas” a lo que siguió un doloroso silencio, le comenté “es duro irse lejos de donde uno nació”. –“Sí”, respondió. Creo que en estas palabras del pequeño estaba toda la carga de los múltiples duelos que arrastraba. La barrera montañosa aludía a (y ocultaba) toda su historia pasada.

Las circunstancias del caso nos inclinaron por hacer un encuadre más próximo a lo que sería una terapia madre-bebé, de potenciación de la función materna de cuidado y empatía con su hijo, que favoreciera en éste una filiación estable así como la parentalización de la madre, con un abordaje en el que se prioriza la observación y las intervenciones sostenedoras. Las fuertes ansiedades y trastornos de conducta de Guille nos hicieron mantener a la vez el encuadre de entrevistas individuales con el niño, quincenalmente y previas a las entrevistas conjuntas.

Con el hecho de adoptar no se ha hecho una mamá ni un hijo ¿Qué es un adoptado? ¿Qué es y dónde está una mamá, en qué posición con relación a su hijo? Estas parecían las preguntas básicas que Guille y su madre tenían que investigar.

En una de las primeras entrevistas Guille juega con la plastilina, haciendo diversos animales: serpientes, también un “pene que hace pis”, que luego retuerce (sugiriéndome una transformación en “caca”), va comentando cosas que le asustan y a la vez parecen atraerle mucho: los dinosaurios que arrancan cabezas de cuajo, la serpiente que puede tener un hombre en la panza, los ciervos que viven cerca de su pueblo y que ha oído están en peligro de muerte y los van a trasladar a una ciudad con más bosques, pues la contaminación que sufren fuera de su hábitat los puede matar. Me cuenta la historia de un perro que hay en su pueblo, muy fiero, que ha atacado a varias personas, que siempre está rabioso. Comento “¿Qué le pasará a ese perro?” y me responde que no sabe, que quizás es que es un perro adoptado. También me cuenta la historia de una gata que muere estando embarazada y mueren sus cachorros.

Guille, a su manera, expresaba su conocimiento acumulado y vivido sobre transplantes, cambios y adopciones, sobre la rabia y la violencia que genera la carencia y las heridas traumáticas.

La madre me cuenta que le ve muy agobiado con las tareas escolares. Coincido con ella, incluso señalo que la exigencia de adaptarlo “intelectualmente” hace perder de vista que es un niño, que también puede necesitar otras cosas mucho, lo comparo con ser un niño de 2 años en nuestra cultura, en relación a lo que debe ser la adaptación del niño a nuestro mundo y a ella, y de ella y la familia al niño. Me cuenta la madre cómo todos los mensajes que recibe, sobre todo de un familiar en quien confía, son de mantenerse firme, fijar los límites, no jugar con él (actividad que, cuenta, ella hacía y en la que ahora se inhibe, pensando que si no es así, borra las distancias con él). Hablamos de esos consejos y del atolladero para ella de esas dos “tareas”: quererle-ponerle límites, sugiriendo que quizás no es incompatible el poner límites con que encuentre ella la forma de demostrar su cercanía como madre (por ej. jugando).

La madre, profesional de la educación, se refugia en lo conocido frente a las inseguridades que le crea un estado (ser mamá) para el que le cuesta encontrar referencias emocionales. Su angustia, racionalización y los consejos le llevan a ser la que lo limita (hay que parar al “salvaje”, controlar, frenar) pero su capacidad maternal le lleva a dudar de esos consejos.

En una de las primeras sesiones, en que él me muestra al Guille “agresivo”, escribe una inicial: “M” (yo pienso: “mamá”) él me dice: “Monstruo”. “Soy un monstruo”. Comento: “¿Por qué Guille se verá como un monstruo?” a lo que responde: “¿Qué quieres que sea? ¿Qué quieres que sea? Le digo que creo que ser un monstruo tiene algunas ventajas si uno se siente amenazado o en peligro. Él sigue dibujando o haciendo tiras de papel con los dibujos. Luego coge dos muñecos y los hace pelear. Señalo: “El problema de ser un monstruo es que puede uno sentirse muy solo”, sigue representando una dura pelea con los muñecos, y reclama que haga pasar a su madre.

Ese día la madre me trae también al “hijo monstruo”: Es el niño que agrede a otros, que llama a unos amiguitos y los apedrea, del que le llegan todas las quejas, para el que no encuentra la forma de educar para que se comporte, y no puede ponerse seria con él, pues él se enfada y ella no se siente segura de que le quiera –El niño dice entonces: “segurísimo”... Sorprendentemente, la madre sólo reconoce estas palabras del hijo cuando le señalo lo que está diciendo. Surge luego la otra perspectiva: Sí, agrede a veces, pero también tiene ya la fama y se carga con todas.

¿Qué haría una madre? Es la pregunta entre líneas que me dirige y se hace entonces ella.

El conflicto de la madre para ser madre y asumirse como tal se expresa también en el problema con un sobrino: como si temiera que si asume su maternidad y la relación preferencial que implica con su hijo, destruirá al sobrino preferido, que compite con Guille. Por primera vez, ella puede hablar de su inseguridad no sólo racionalmente, se emociona y llora, y

habla de su sentimiento de dificultad con relación a las madres de “hijos naturales”. La intervención del niño será clave aquí: la madre sigue diciendo que ha sido difícil para ella y piensa que más para él. El niño se levanta de la silla y se va a su lado, le da un beso. Ella (llorosa) dice mirándole que ya sabe que es muy llorona. Él dice “como la abuela”. Comento como él muestra que puede estar a su lado. Ella asiente. Se podría pensar que una ventaja para esta mamá reciente es que su hijo habla y le puede ayudar en el camino de elaborar su situación.

Si la madre tiene que encontrar su línea de identificación en las generaciones para colocarse como madre y manejarse con los sentimientos que implica, también Guille para poder acceder a ser su hijo:

En la sesión individual previa, otro día, el niño cogió la plastilina e hizo como si la excavadora retirara arena de un sitio y la pusiera en otro. Pregunto: “¿Dónde irá?” – “Es una carretera”. Luego deja las huellas de las ruedas sobre la plastilina. Hace una figura plana: es un camino con ramificaciones, dice que es como una imagen de su mano (5 caminos) – “¿Dónde irán?” – “A Madrid, a “Barce” (por Barcelona), otro al “uricamish” (un huracán)”. Es por tanto una carretera con caminos que se desvían a destinos buenos y nefastos. En la carretera hace huellas con los coches, las alisa, con los rinocerontes, las alisa también, hay obstáculos que levanta la excavadora. En la entrevista conjunta me cuenta la madre que Guille está celoso de ver más fotos en casa de la abuela de ella con sus sobrinos, antes de que él llegara. Comparo con la pregunta de los niños pequeños: “¿y yo dónde estaba?” y la necesidad de engarzar con esa historia. A la vez Guille dice: “a partir de ahí”.

El niño trae una imagen muy plástica (el camino de su mano y las ramificaciones) de los avatares de vida y las huellas de los rinocerontes-traumas-peligros, de las ansiedades que tiene que elaborar para encontrar un camino transitable desde la historia previa a la futura.

Este juego con la plastilina en que pasan cosas que dejan huellas, que luego es alisada y vuelven a suceder cosas, era

repetido a menudo. En otra sesión me habla luego de una ciudad arrasada por el agua. Le comento sobre su preocupación con los desastres y lo interpreto en relación a su dejar-borrar huellas como un intento por borrar las “tormentas que él ha vivido”. Hace luego una especie de puente uniendo trozos, por el que un camión tiene que pasar haciendo equilibrios entre 5 postes. En la entrevista conjunta la madre hablará luego de las “tormentas” que ella ve: problemas en el colegio y en casa; también tormentas soñadas: me cuenta que tiene pesadillas. La madre me cuenta que en su pueblo(del niño) a los muertos les cogían pelo que colgaban de un alambre (como rito para la “reanimación”). El niño alude a lo de los pelos, según ella eso es algo que vio en la mujer ...que lo acogió (su segunda madre). Hablamos de las especiales circunstancias de Guille y como eso se puede reflejar más en los sueños. Comento: “No sólo en su pueblo la gente tiene pesadillas”. La madre me dice que ella también, sobre todo por un accidente con un camión hace 5 años, sin secuelas físicas, y a raíz de adoptar al niño, las circunstancias al principio y todo eso. Comento que las circunstancias traumáticas a veces sólo se pueden expresar a través de los sueños, que es preciso tiempo para poder hablarlas y asumirlas.

Ellos tenían no sólo que hacer una familia, sino que había muchos huracanes vividos, esa historia previa que estaba por pensar para a partir de ahí seguir.

Guille seguiría trayendo su angustia de muerte, como en una sesión en que trae un peluche al que pone una pistola en la sien y luego sobre la suya. Me habla de que tiene un pez de río en la pecera, que lo cogió él. Antes tenía otros de mar que murieron. ¿Podría él encontrar él su agua? Parecía la cuestión. La madre traerá después su lástima por el poco tiempo que a su juicio puede dedicarle, así como la circunstancia de que esté ella sola, sin padre para él ¿Cuál será la calidad del agua y medio que necesita? Parecía la cuestión de ella. Reconocía que, sin embargo, daba muestras el niño de desenvolverse, como en una reciente excursión con adultos en que Guille se

comportó bien, o su poder soportar a un amigo de la madre que la abrazaba. Creo que ella empezaba a pensar que su agua no era tan mala.

La madre contó otro día un episodio de pelea en casa al final del cual Guille le pide perdón y que le clave un cuchillo si quiere. Al contarme esto él comienza a bizquear y decir que ve todo doble, incluidos dos mamás y dos Agustín. La madre me había pedido hablar unos minutos a solas, quería hablar de sus temores sobre la evolución futura, en la adolescencia, del niño. Creo que en esta etapa, en la que el niño comenzaba a mostrar un sentimiento de culpa más elaborado (aún muy persecutoria) e integración del objeto, si bien muy frágil, la conciencia de las dificultades por parte de la madre comenzaba a ser también mayor.

Posteriormente Guille me cuenta que vio dos culebras, también que tiene dos ranas. Le recuerdo lo de ver doble el otro día y como así uno tiene repuesto si pierde algo: su miedo a perder y lo mal que se encontró al sentirse sólo porque su madre no le dejó ir con ella al lavabo. Con la madre, ésta contará que va mucho mejor: le han llamado por primera vez amigos por teléfono, sale con ellos, juega al fútbol, no ha habido ningún lío gordo. La madre señala como él ha comprendido que pelearse no es romper (se refiere a los amigos). Señalo lo de las dos ranas como lo de que él pida ahora una hermana me hace pensar en la posibilidad de otras relaciones, como no ser él el único: tener repuesto.

El tema del doble-repuesto seguirá siendo clave para él, como muestra en una de las últimas sesiones con un dibujo donde todo es doble, cobrando además relieve como situaciones problemáticas aquellas en donde su sentimiento de exclusión es evidente y por tanto para él la angustia de pérdida y abandono. Pero ahora puede suavizar su expresión agresiva. Conmigo muestra interés por primera vez por saber si vienen otros niños aquí y cuantos. La pelea entre los muñecos la define como entre hombre y mujer, la representa con gran

agresividad. En la entrevista conjunta, la madre también coincide en la mejoría. Aumenta su tolerancia a otro al que se dan cuidados (ahora toleraba tener perro, cosa que antes no). En un momento de la misma, Guille dice: “Hago un puente: Sta María de Dios, porque mi madre es una diosa (con humor). Y porque me da muchas cosas”. A lo que respondo: “ Los dioses no mueren y son los que dan “dones”, señalo que con ella es con quien más tiempo ha estado y que comprendo que él se pueda sentir así (pienso que para este niño era un logro llegar a esta “madre idealizada”). La madre dice que lo ve más seguro, y ella también lo está.

Guille dice en una de las últimas sesiones que quiere una medalla, perdió el colgante que tenía (uno que compraron a unos paisanos de Guille). La madre habla luego de la espera de papeles para poder ponerle sus apellidos. Él dice que sí quiere los de ella a preguntas de la madre.

La impresión mía era que para ambos se estaba empezando a crear una solidez del vínculo. Creo que, efectivamente, entre los dos estaban construyendo activamente un puente. La función del encuadre terapéutico podemos verla en ese símil como la de un contrafuerte. El encuadre permitió además observar como ambos describían un proceso común desde sus orillas respectivas.

EVOLUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE MENORES INTERNADOS EN CENTROS DE REFORMA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA*

Ángel Estalayo Hernández; Juan Carlos Romero León*****

La evolución en la tipología de violencia en los centros de Justicia Juvenil, responde, a nuestro parecer, fundamentalmente a dos factores:

- el surgimiento de la nueva ley penal del menor que ha conllevado el incremento en edad de los menores internados
- el aumento de internamientos provinientes de sectores institucionales de protección del menor.

Si bien es cierto que desde el comienzo existían casos relativos a problemáticas relativas a dinámicas familiares disfuncionales, junto con situaciones características de la adolescencia, también lo es que en la actualidad se ve más que nunca cómo en las familias de los delincuentes la relación del padre con el hijo se produce bajo el signo de un *rechazo activo*. De este modo, “la existencia de un vínculo negativo

* Comunicación presentada en XV Congreso nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente”, se celebró en Granada los días 8 y 9 de noviembre de 2002.

** Lcdo. en Pedagogía y en Psicopedagogía. Supervisor del Centro Educativo Landa. Dirección e-mail: desarrollo@berriztu.com.

*** Lcdo. en Psicología y Psicoterapeuta familiar. Responsable del Servicio de Medidas de Medio Abierto de Bizkaia y Gipuzkoa. Dirección e-mail: resp.smma@berriztu.com.

entre el adolescente y el padre provoca en el muchacho el sentimiento de verse rechazado activamente por el progenitor” (Cirillo et al, 1997:33).

Tal es así, que una de las formas más explícitas de rechazo activo es la necesidad de que un menor sea tutelado por una Institución pública. Su inserción en pisos o centros constituye la escenificación cotidiana del rechazo de que ha sido objeto. Si, además, a ello se le suma los problemas de relación con los profesionales del servicio, la estigmatización parece cerrar un círculo que aumenta las posibilidades de salidas violentas al conflicto interno, máxime si entendemos que en las desviaciones o conductas antisociales se puede ver un desplazamiento hacia la sociedad de un resentimiento, en parte inconsciente, dirigido originariamente contra el padre. Así, puede observarse la reacción de los menores hacia el propio sufrimiento con la violencia, ante la dificultad que presentan para entender el contenido de excitación antidepresiva de determinados gestos antisociales. En este sentido, conviene tener en cuenta el significado del paso al acto en estos lapsos de edad, de manera que “expresa este carácter de irrupción violenta de un acto que viene a romper un cierto equilibrio. Es sinónimo lo más a menudo de impulsividad y tiene una connotación delictiva y asocial. En cuanto al contexto que sobreviene al acto, es preciso diferenciar lo que pertenece al registro del impulso y de la compulsión” (Jeamnet, 19:988). Este punto contribuye a diferenciar entre perfiles más primarios, caracterizados en nuestra opinión por registros de impulso, y aquellos secundarios, más relacionados con la compulsión.

De esta forma, la evolución nos conduce a una población:

- con un perfil más secundario, menos tendente al paso al acto por impulsividad y con una capacidad de demora y planificación que le sitúa en el tránsito casi consumado de lo disocial a lo antisocial; de esta forma, los actos violentos cometidos suelen estar revestidos de mayor crudeza;

- derivada en un número cada vez mayor de instituciones públicas de protección que se ven desbordadas por situaciones y conflictos más violentos que en épocas anteriores. Su inclusión en centros de Justicia Juvenil conlleva necesariamente la interposición de una denuncia, que no en pocas ocasiones procede del propio equipo educativo. En nuestra opinión este hecho constituye un nuevo rechazo activo de un menor que ya había sido rechazado con anterioridad. Ello cobra especial importancia si estas figuras educativas constituyen el escenario representativo de la sociedad sobre el que el menor desplaza su resentimiento contra la figura paterna;
- dicho perfil secundario también conlleva una mayor disociación de los contenidos conflictivos y problemáticos de su historia personal, así como un aumento de la negación sobre los actos que han conducido al menor a su internamiento en un Centro de Justicia Juvenil;
- todo lo anterior, conlleva presencia de menores con delitos de mayor gravedad, así como mayor reincidencia y número de infracciones;
- en muchas ocasiones los intentos de individuación se conducen a intentos de sustituir viejas relaciones que propician situaciones de repetición y fijación; “por lo general las personas no eligen la pareja que quieren, sino que reciben la pareja que necesitan. Se escoge una pareja que, según se espera, le permitirá al individuo eliminar, reproducir, controlar, superar, revivir o cicatrizar, dentro de un marco diádico, lo que no pudo saldarse internamente” (Frammo, 1996:133);
- son menores más conflictuados y violentos en los que no es extraño encontrar situaciones autolesivas de creciente gravedad, explicitando más, si cabe, el componente depresivo de muchas de las acciones que emprenden, así como el carácter pretendidamente antidepressivo de dichas excitaciones;

- son menores que suelen responder a estructuras de personalidad borderlines con presencia de mecanismos de defensa tales como: escisión, idealización, devaluación, identificación proyectiva, control omnipotente y acting out. Puede llegar a darse presencia de estructuras narcisistas que utilizan dichos mecanismos, destacando el uso de la idealización y la devaluación; no obstante y según la evolución se observa un incremento de desarrollos disociales, principalmente en los casos en los que se dan internamientos seguidos y comisiones de delitos al término de su estancia en Centros;
- se da una creciente presencia de menores procedentes de sectores socio-culturales marginales, con una predominancia de origen árabe. Las variables culturales y sociales de desarraigo contribuyen a ampliar la escenificación de un rechazo activo de índole social;
- el rechazo activo paterno mencionado con anterioridad, suele ir acompañado de una ambivalencia materna que contribuye a generar sistemas familiares que van desde aquellos que mantienen con los profesionales una relación de enfrentamiento, al desplazar sobre los mismos la tensión acumulada con los miembros de los Juzgados, pudiendo llegar a una protección del menor que, en ocasiones, raya el encubrimiento, a aquellos que desde la transferencia de la impotencia y la desconfianza llegan al supuesto inconsciente de resistencia a la colaboración, dado que cualquier éxito en la intervención sobredimensionaría su incapacidad anterior. También están las que directamente escinden la existencia de su hijo, incurriendo en abandonos o negligencias continuadas;
- todas las dinámicas transferenciales de las familias de origen se extienden a las situaciones de relaciones de pareja de los menores

LA INTERVENCIÓN

La intervención en los Centros se basa fundamentalmente en el desarrollo de la vida cotidiana con los menores, estableciendo unos marcos mínimos de respeto a unas normas de convivencia. El equipo de educadores se sitúa como garante del mantenimiento de dicho marco, articulando para ello un régimen general que regula los supuestos fundamentales. Además se estructuran actividades que fomentan el aprendizaje de aspectos formativos y psicosociales que faciliten su ulterior integración en sectores sociales normalizados. Otro de los aspectos importantes es la intervención desde la contención física y psicológica.

En este sentido, desarrollamos la intervención como una contención validante, es decir, como una red firme que constituiría un ambiente que sería capaz de devolver las proyecciones o conductas descontroladas con un significado traducido, o lo que es lo mismo, que sería capaz de responder adecuadamente a la experiencia privada no compartida (sabiendo detectarla tras la que sí es compartida, y expresarla positivamente) y de forma equilibrada, estable, es decir no exagerada (permisiva o rechazante-castigadora-devaluante), a la experiencia privada sí compartida: en nuestro caso las conductas inapropiadas o problemáticas.

Por otra parte, se habilitan espacios periódicos de entrevistas personales con el menor. Su intención inicial es la orientación y tutoría del menor, aunque suele convertirse, siempre y cuando el menor participe de ello voluntariamente, en un contexto terapéutico. Dicha intervención se realiza de forma paralela a la intervención con las familias. Esta atención integral cobra especial interés porque “cuando en las transacciones con la familia de origen se vuelven accesibles los objetos externos buenos (al modificarse la percepción que el individuo tiene de los padres y hermanos), mecanismos como la escisión, la identificación proyectiva y la denegación pierden parte de su fuerza y los objetos internos malos se pueden liberar y

abandonar poco a poco (...), la combinación de todos estos factores contribuye a liberar la energía psíquica, que entonces puede ser investida en las relaciones con los contemporáneos (Seinfeld, 1990; tomado de Framo, 1996: 134).

Es por ello, que además del trabajo cotidiano de establecimiento de límites, el desarrollo de la intervención se polariza en los siguientes aspectos:

- trabajar sobre la **NEGACIÓN** de la familia y del menor acerca de la medida judicial impuesta y de su subsiguiente internamiento en el centro. Dicha negación va desde el propio hecho-delito cometido, a la gravedad del mismo, su impacto en las víctimas o la necesidad de ayuda. En esta etapa la alianza con los informes recibidos de los Juzgados y con el contenido de las medidas interpuestas resulta determinante;
- trabajar sobre la **ACEPTACIÓN** del proceso y las consecuencias del mismo. Supone un paso que necesita del anterior para activarse, así como un indicador de la posibilidad de cambio del contexto de intervención, pasando de uno más coactivo a otro libremente emprendido;
- no obstante, todo ello necesita intervenir sobre la **RESPONSABILIZACIÓN** de los padres. Si tenemos en cuenta el factor que dicho reconocimiento tendría sobre el rechazo activo hasta entonces comunicado, entendemos que es necesario para poder actuar sobre la elaboración que permita la dejación de determinados mecanismos de defensa. De este modo, “la provocación de crisis en el paciente señalado siempre debe ser posterior a la atribución de responsabilidad a los padres. En el contexto de un Centro privado de T.F. es muy raro que se plantee ese problema. Aquellos padres que solicitan una T.F., además de no rechazar a su hijo, están dispuestos, al menos en parte, a admitir que han cometido errores. Pero en otros contextos, sobre todo, en los institucionales, donde no existe la solicitud de T.F., los padres, a menudo, son hos-

tiles y hasta expulsivos con respecto al hijo psicótico. Con ese tipo de casuística, el primer paso del proceso terapéutico consistiría en llegar a demostrar a los padres que, sin que se hayan dado cuenta de ello, algunas de sus dificultades relacionales, tanto dentro de la pareja como con las respectivas familias de origen, han perjudicado desdichadamente, el desarrollo de su hijo. Sólo si esto se logra, será posible luego dirigirse al paciente señalado, tal como antes hemos indicado. De lo contrario, cualquier intervención de exclusión efectuada frente a padres inaccesibles, que se creen ajenos al problema y víctimas de los errores del paciente, tendría efectos catastróficos para ambas partes: respaldar el rechazo de los padres y estimular la furia del hijo” (Selvini, 1990: 239-240);

- esta intervención en y desde la familia permite, a su vez, actuar sobre los secretos familiares ya que, tal y como señala el Dr. Guy Ausloos, la existencia de secretos familiares determina una atmósfera de lo “no dicho” que influencia las leyes y reglas del super-yo familiar. Así, en el adolescente, el pasaje al acto delictivo, además de por otros factores ya mencionados, puede ser considerado como la expresión, actuada exteriormente, de un secreto familiar inefable dentro de la familia. El acto delictivo revelaría así el secreto, sin desvelar su sentido y adquiriría su carácter repetitivo en esa búsqueda insatisfecha de sentido;
- por consiguiente, la elaboración familiar e individual de ese conjunto de secretos, constituye otro aspecto de la intervención; supone una intervención sobre los mecanismos de defensa familiares, transmitidos de generación en generación: así, el análisis trigeracional de las estructuras familiares cobra un creciente sentido en nuestro radio de acción, así como el de los escenarios narcisistas de los padres;

- cuando este tipo de intervenciones son posibles, se desarrollan nuevas narraciones que posibilitan tejer el sufrimiento de una forma más adaptada, con menos resentimiento hacia las figuras paternas y, por extensión, a la sociedad. Se puede liberar energía psíquica y avanzar hacia el uso de mecanismos de defensa más normalizados, cimentados en el contexto de una mayor comunicación con los seres queridos contemporáneos; en cierto modo, es como llegar a comprender para poder llegar a hacer;
- toda la intervención descrita, se apoya simultáneamente a una estructuración cotidiana de la vida del menor que con límites claros, le permite obtener seguridad y pertenencia;
- por último, dentro de la intervención destacamos la importancia de la persona del profesional que interviene con esta tipología de menores. Gunderson & Gabbard recogen una serie de actitudes del terapeuta que consideran como necesarias para poder intervenir:
 - Piensa que el paciente tiene interés (p.ej., provocador, conmovedor, desconcertante, atrayente, necesitado, sagaz);
 - Considera que el paciente puede mejorar;
 - Acepta que él puede ser esencial para el bienestar del paciente: asume una responsabilidad importante;
 - Percibe al paciente con comprensión (las hostilidades, la impulsividad y los síntomas aparecen por alguna razón);
 - Piensa que puede ayudar;
 - Está dispuesto a perseverar pese a tener que hacer cosas que no desea hacer o pese a ser criticado u ofendido;
 - Está dispuesto a trabajar en colaboración con otros y a recurrir a supervisión o consultas.

Por otra parte, y además de estas actitudes, existen algunos rasgos de carácter importantes para el éxito de la inter-

vención. Swenson señala que los terapeutas que suelen funcionar son responsables, algo audaces, orientados hacia la acción y alegres (los que no son delicados, remilgados, pasivos o controladores). También menciona que autores como Kenberg o Linehan, que provienen de enfoques terapéuticos muy diferentes, son autoritarios, seguros, enérgicos y claros, transmitiendo la sensación de que están presentes, comprometidos y que son indestructibles. Parecen impertérritos ante el conflicto, e, incluso, parecen disfrutar de las discusiones y desacuerdos.

En la misma línea, Gradillas señala, en referencia al médico no especialista en relación con personalidades disociales, que *“ha de mostrarse firme pero sin autosuficiencia, respetuoso, sin ocasionar con sus palabras o gestos motivos para irritar innecesariamente al enfermo, y limitarse sobre todo a su actuación profesional”*.

Estas últimas referencias subrayan la importancia que dábamos anteriormente a la persona del profesional. Así, más allá de la técnica, sin duda importante, lo diferencial lo constituyen características como las mencionadas en el párrafo anterior. Es por ello que sea tan importante ser consciente de las necesidades del profesional, así como de las tensiones inherentes en el mismo cuando tiene que intervenir desde la firmeza. En este sentido, Alexander recoge dos tipos de capacidades en el profesional: la operativa (fe en sí mismo, buen “joining con la familia” y la capacidad de estimulación de la interacción) que es muy importante y la relacional (empatía, humor, la calidez y la *integración afectivo-comportamental*) que es decisiva para obtener un resultado excelente.

En la misma línea, Figley & Nelson y Breulin et al, coinciden en señalar en sus estudios que resulta más importante la persona del terapeuta que sus competencias como terapeutas.

Sin embargo, éste es un aspecto que pasa desapercibido para muchos profesionales o que es relegado a un espacio de menor categoría por otros. De hecho, tal y como señala Cyrulnik,

“resulta muy sorprendente constatar hasta qué punto los educadores subestiman el efecto de su persona y sobrevaloran la transmisión de sus conocimientos. Muchos niños, realmente muchos, explican en las psicoterapias hasta qué punto un educador modificó la trayectoria de su existencia mediante una simple actitud o una frase, anodina para el adulto pero capaz de conmocionar al chico. Los educadores, en cambio, no tienen conciencia de este poder”.

En esta misma línea, en una reciente entrevista mantenida con Cyrulnik éste insiste en la importancia del “tutor” en la relación con un niño. Así afirma que *“el tutor es un encuentro. Puede ser un psicoterapeuta, puede ser un jardinero, puede ser un futbolista, un guitarrista, es un encuentro, pero es un encuentro significativo que hace emerger algo en el niño que, de repente, se dice: ¿por qué tendría que aceptar yo estas condiciones?, ... ¿por qué no me peleo para salir adelante? ... Pero este encuentro a veces se da en casa del psicoterapeuta y a veces puede darse simplemente en el encuentro con una persona significativa en una interacción útil”.*

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER, J. F.; SCHIAVO R. S.; PARSON, B.V. (1976), *Systems behavioural interventions with families of delinquents. Therapist characteristics, family behaviour and outcome*.
- BREULIN, D. (1989), *The prediction of learning in family therapy training programs*, Journal of Marital and Family Therapy, 15, págs. 387-395.
- CABRÉ, V. y CASTILLO, J. A. (2003), *Las tensiones inherentes al ejercicio profesional*, Revista de Educación Social, n.º 23, págs.
- CANCINI, L. (1996), *La caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicopatología*, Barcelona, Paidós, pág. 241.
- CIRILLO, S. (1997), *El subtipo "regular" de la familia del paciente anti-social*, REDES, volumen II, n.º 1, págs. 29-42.
- CYRULNIK, B. (2003), *El murmullo de los fantasmas*, Barcelona, Gedisa Editorial.
- Federación de Asociaciones para la prevención del Maltrato Infantil y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1998), *Manual de buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia*.
- FIGLEY, C. y NELSON, T. (1989), *Basic family therapy skill. Conceptualization and initial findings*, Journal of Marital and Family Therapy, 15, págs. 349-366.
- FRAMO, JAMES L. (1996); *Familia de origen y psicoterapia. Un análisis intergeneracional*, Barcelona, Paidós Editorial.
- GRADILLAS, V. (2002), *Trastornos de personalidad en la práctica médica*, Barcelona, Masson.
- GUNDERSON, J. G. y GABBARD, G. O. (2002), *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*, Barcelona, Ars Médica, pág. 51.
- JEAMMET, P. (2002), *La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad*, Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, n.º 33/34, págs. 59-91.
- LANDABURU, I y PEREIRA, R. (2004), *Entrevista con Boris Cyrulnik*, MOSAICO, Tercera Epoca, n.º 28, págs. 32-35.
- LINARES, J. L. (1996), *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*, Barcelona, Paidós, pág. 27.
- LINAHAN, M. M. (2003), *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona, Paidós.

- MANCIAUX, M. (2003), *La Resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona, Gedisa, págs. 143-144.
- MOORE, B. E. y FINE, B. D. (1997), *Términos y conceptos psicoanalíticos*, Madrid, Biblioteca Nueva, pág. 404
- PLAZA DEL RÍO, F. S. (1996), *La disciplina escolar o el arte de la convivencia*, Málaga, Ediciones Aljibe.
- SELVINI-PALAZZOLI, MARA et al. (1995); *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona, Paidós Editorial.
- SWENSON, C. (1989), *Kenberg and Linehan: two approaches to the borderline patient*, *Journal of Personal Disord*, 311, págs. 26-35.

¿AGRESOR O AGREDIDO? EL TRABAJO CON EL PACIENTE SIN DEMANDA*

Javier Ramos García**

RESUMEN

Se presenta el trabajo con un paciente condenado por la violación de su hija de tres años, que cumple pena de prisión por el delito que se le imputa y que acude a instancias de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario. A partir del caso, se reflexiona sobre las posibilidades de establecer un vínculo y de llevar a cabo una psicoterapia con un paciente que no lo demanda.

Palabras clave: Abuso sexual, tratamiento involuntario, trabajo sin demanda.

ABSTRACT

The work with a patient, found guilty of his three-year-old daughter's rape, is presented. The patient is in prison, and the Treatment Board remanded him to be attended by us. From this case, the possibilities of establishing a therapeutic relationship and developing a psychotherapy with a patient who's not requesting this treatment are discussed.

Key words: Sexual injury, involuntary treatment, work without request.

* Comunicación Libre presentada en XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente", se celebró en Granada los días 8 y 9 de noviembre de 2002.

** Psicólogo Clínico.

“La psicoterapia, cualquiera que sea su forma, trata de la reactivación de la mentalización. Tanto si miramos al protocolo de terapia dialéctica de comportamiento de Marcia Linehan, a las recomendaciones de John Clarkin y Otto Kernberg para la psicoterapia psicoanalítica, o a la terapia cognitivo-analítica de Anthony Ryle, todos: (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente; (2) intentan utilizarla para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco; (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconoce al self como intencional y real para el terapeuta y que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.”

PETER FONAGY

Presentamos en la siguiente comunicación el trabajo con un paciente condenado por la violación de su hija de tres años. El paciente cumple pena de prisión por el delito que se le imputa y, siendo inminente el momento en que se ha de decidir la posible concesión de su libertad condicional, es instado por la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario (medida ratificada por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria) a iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

La demanda, que procede del Centro Penitenciario y no del paciente, llega a nuestra Unidad como una petición incómoda. El paciente debe, en puridad, ser atendido por nosotros, pero no se descarta en la reunión de equipo, hacer un intento de inhibirnos a la espera de que otro servicio público se haga cargo.

El paciente, objeto (y no sujeto) de la demanda, acude compelido por instancias penitenciarias y judiciales, y siente, probablemente con razón, que de su colaboración en el inicio de una psicoterapia, depende que le sea concedida o no la libertad condicional.

Se plantea así un (des)encuentro al que concurren terapeuta y paciente, ambos, con un sentimiento de incomodidad,

de obligación, en el que un sistema que les excede los convierte en piezas del mismo, siendo muy difícil limpiar el campo de artefactos que interfieren y que complican sobremanera un espacio que, supuestamente, ha de convertirse en terapéutico.

Como explicarán el paciente y su actual pareja en la primera entrevista, aquél, durante años, desde los momentos en que cumplía prisión preventiva, después, a lo largo del juicio y, posteriormente, durante la condena, ha sido objeto de una presión constante para que reconozca el delito que se le imputa y del que se ha declarado siempre inocente. Los agentes de dicha presión (vivida como enormemente persecutoria) han sido, fundamentalmente, asistentes sociales y psicólogos de la prisión. Ello contribuye, aún más, a que yo mismo sea vivido como un nuevo perseguidor, integrante de un sistema maltratador, carente del más mínimo interés por ayudarle realmente, más preocupado por arrancarle una confesión.

Las circunstancias que se dan en la posible apertura del tratamiento son así, probablemente, las peores posibles. Y más si añadimos que el régimen de visitas no será determinado de modo libre por nosotros (terapeuta y paciente) sino que vendrá impuesto desde el Centro Penitenciario, quien fijará unos permisos, cada mes y medio aproximadamente, a fin de que el paciente acuda a consulta. Así, el objetivo de ir construyendo un vínculo que el paciente pueda vivir como mínimamente confiable se complica aún más.

Ello nos deja en una compleja y casi imposible situación en la que no queda sino plantearnos, armándonos de paciencia, objetivos que se concretarían en: desmarcarnos del sistema penitenciario y judicial; proponer al paciente, desde el reconocimiento explícito de las dificultades que rodean al posible tratamiento, que tratemos de aprovechar lo más posible lo que tenemos de forma que a él pueda servirle de algo; ofertar un espacio que se caracterizará por la autenticidad de la ayuda, el genuino interés, en el que se buscará no juzgar al paciente sino ayudarle en todo aquello que ha de afrontar y que dista mucho de ser fácil.

EL PACIENTE

Asustadizo y nervioso, razonablemente desconfiado, con un discurso pobre, escueto y que parece costarle mucho articular, acude a la primera entrevista (que tiene lugar en la primavera de 2000) con su pareja actual, con la que impresiona de tener una muy buena relación y quien desarrolla con él una actitud de cuidado y protección. Viven juntos desde 1996 y tienen una hija de tres años, la misma edad que tenía su hija mayor cuando se produjo la supuesta violación.

Cuenta con poco más de 40 años cuando llega a consulta. Natural de una de las ciudades que constituyen el cinturón industrial de Madrid, donde siempre ha vivido, es el mayor de dos hermanos. Sus padres, fallecidos, constituían un matrimonio crispado. Su padre, bebedor y violento, descargaba con frecuencia su rabia (sobre todo verbalmente) sobre la madre del paciente, sumisa y pasiva. El paciente sentía que debía asumir el cuidado de aquella, básicamente con su presencia, a modo de hijo colchón. Cuenta así que salía poco, que le daba miedo no estar en casa y que pasase algo. Responde con una negativa cuando se le pregunta si hubo malos tratos físicos o abusos sexuales. Vivió la muerte de su padre como una liberación. Tenía entonces 14 años. Mal estudiante. No rendía, aun cuando invertía tiempo y dedicación. Estudió FP desde la asunción de que no podría dar más de sí. Hizo la mili en Barcelona sin problemas de adaptación. Se encontró bien allí. Hizo amigos con los que luego fue perdiendo el contacto. A la vuelta se matricula en Ingeniería Aeronáutica, pero abandona. Empieza a trabajar (desarrolla la misma profesión que su padre, su hermano y su actual pareja) en un principio con un contrato. Ganará su plaza por oposición en 1993. Conoce a su primera mujer. Se casan en 1990 tras dos años de noviazgo. Habla de este período con escasa implicación emocional. Se coloca como sujeto pasivo. Fue ella la que se interesó por él, la que tomó la iniciativa. Se casan al quedarse ella embarazada. Cree que la relación no hubiese prosperado de otro

modo. La convivencia era poco gratificante, aunque mínimamente conflictiva, sin peleas, sin discusiones, silenciosa. Con permanentes interferencias por parte de la madre de ella. El matrimonio se rompe a iniciativa de su mujer. Poco tiempo después, tras un período “malísimo”, inicia la relación con su actual pareja. Una vez más, el deseo es colocado en el otro. “Era ella quien le tenía echado el ojo”. Atribuye a su ex-mujer un gran resentimiento por el inicio de esta nueva relación. Siente que, desde ahí, tiene lugar la denuncia de violación, que se produce en un fin de semana en el que su hija queda a su cargo. Era el cumpleaños de la niña. Siempre ha negado rotundamente su culpabilidad. Las pruebas parecen sólidas aunque, desde su versión, fueron manipuladas. Es incapaz de explicar cómo. Se encuentra semen del paciente en la vagina de la niña (lo cual se verificó con pruebas de ADN a las que el paciente se sometió voluntariamente). En su momento, cuando se le planteó la posibilidad de amnesia de los hechos, llegó, asustado, sintiendo que quizás se había vuelto loco, a barajar esa explicación, pero, posteriormente, la ha ido descartando. “Cada vez está más convencido de que él no hizo nada”. Desde el momento en que se produce la denuncia recibe un apoyo cerrado y una confianza absoluta por parte de su familia de origen (especialmente su hermano) y de su pareja. Siente que su abogado se esforzó poco y que, después, le abandonó. Ha vivido el sistema como absolutamente maltratador. Pese a ello nunca se ha mostrado conflictivo. En prisión, su conducta ha sido “excelente”. “Sumamente responsable en el trabajo”, “con total respeto hacia normas y funcionarios”. “Ha tendido al aislamiento, comunicándose poco con otros internos, aprovechando el tiempo libre en actividades solitarias (estudio, escritura,...)”. Ha perdido todo contacto con su hija mayor, lo que asume resignadamente como algo ya irreversible. “Ella habrá crecido con la historia que la madre le haya contado”. Esa misma resignación, quizás con un punto de rabia escasamente apreciable, es la que me sorprende cuando hablamos de todo lo que le ha sucedido, de la acusación, la detención, el encar-

celamiento, el juicio, la condena, la estancia en prisión, la insistencia para que se declare culpable. Desde su insistencia en la propia inocencia resulta difícil de concebir que no se apodere de él una furia inmensa.

Establecer un vínculo. Construir una demanda que no existe. Comprometernos psicoterapéuticamente con el paciente.

Contratransferencialmente siento que me encuentro ante un hombre carenciado y necesitado de ayuda. Acusado y condenado por un delito terrible y que él niega haber cometido, lo cierto es que ha de enfrentarse a la vuelta a la vida en libertad, reencontrarse con su mujer y con una niña cuya edad es la que tenía su hija mayor cuando se produjo la supuesta violación.

Siguiendo el planteamiento de Fonagy, con el que abría esta comunicación, nuestro primer objetivo ha de ser el establecimiento de una relación de apego con el paciente, con un paciente al que cabe atribuir una grave alteración en los patrones de apego. Es preciso ofrecerle un vínculo “bueno” desde la empatía y desde un auténtico compromiso por comprender.

El paciente llega sin una demanda propia y con una importante sensación de maltrato por parte de las instancias teóricamente terapéuticas o asistenciales. No reconoce un sufrimiento más allá que el que le ocasiona la persecución de los diferentes elementos de un sistema que siente como hostil.

Hemos de definirnos como algo distinto. Construir una demanda con el paciente. Identificar su sufrimiento, reconocerlo con él. Trabajar desde ahí. Pese a la magnitud de la latencia en las entrevistas (inicialmente mes y medio, cuando no más) creo que ha sido posible alcanzar este objetivo, lo que se ha visto favorecido por la posibilidad de vernos quincenalmente desde el momento en que el paciente accede a la libertad condicional hace unos meses. También a partir de ese punto podemos distanciarnos un poco más de la prisión y del juzgado. El paciente puede ir haciéndose cargo de la motiva-

ción para acudir a sesión. Va difuminándose la relación entre su compromiso con el tratamiento y el acceso a beneficios secundarios.

Si, como sugiere Fonagy, es posible establecer una conexión entre ciertas formas de violencia y la presencia de un self no mentalizante, es desde este punto que hemos de abordar la reactivación de la mentalización en el paciente.

Señala Ph. Jeammet que la violencia comporta «la destrucción del vínculo con el objeto y la negación de la dimensión subjetiva del otro». Resulta perturbador y ha de mover a la reflexión el hecho de que tal destrucción, tal negación se lleve a cabo con una hija propia, de corta edad. Si el paciente es culpable. E independientemente de si lo es o no, cabe preguntarse por la destrucción, la alteración de sus formas de apego, por la negación de la subjetividad de la que él ha sido víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- FONAGY, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. Aperturas Psicoanalíticas, No. 4 (Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.)
- JEAMMET, Ph. (1997) La violence à l’adolescence, *Adolescence*, 1997, 15, 2, 1-26.

OBSTÁCULOS EN LOS OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL*

Juan Eduardo Groch Falcoff** y cols.***

RESUMEN

Se abordan diferentes variables de trabajo en la Institución Sanitaria, su contexto, diferentes funciones y ansiedades que se presentan como obstáculo en la procuración de sus objetivos en general y en particular en el campo de la Salud Mental Infanto-juvenil.

Palabras claves: Sanidad pública. Filosofía programática. Investigación. Interinstitucional. Intrainstitucional. Prevención. Psicoterapia. Organización. Liderazgo.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que para trabajar con niños y adolescentes en Salud Mental existe una mayor necesidad de intermediación familiar, grupal e institucional que para otros colectivos.

Si miramos los antecedentes inmediatos en la Salud Mental infanto-juvenil, vemos que entre los años 80 y 90, se intentó implantar unos programas preventivos y de promoción de la

* Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

** Psicólogo del Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil de la Comunidad de Madrid en Alcorcón Complute.

*** Elena Calderón Ramos e Iris Santana, Practicum de Psicología de la Universidad.

salud con una filosofía comunitaria en la Sanidad Pública, donde se realizaron diagnósticos y detección precoz con equipos interdisciplinarios. Por ejemplo; en el caso de adolescentes, investigando en institutos sobre hábitos y nivel de educación sexual con el objetivo de detectar riesgos de embarazos no deseados o posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual. O en el caso de niños más pequeños, realizando screenings a través de padres y profesores en el marco de las campañas de Salud Escolar para detectar posibles problemáticas como trastornos del comportamiento, hiperactividad, déficit de atención, rechazo escolar o enuresis junto a otros aspectos de carácter físico y social.

Se trataba, es cierto, de otro momento histórico, cuyos objetivos todavía distaban de la universalidad de la asistencia a través de Centros de Salud ambulatorios o de la construcción de nuevos hospitales y dispositivos especializados.

Este modelo planteó controversia respecto a la intervención interdisciplinaria ya que, si bien se recababan gran cantidad de datos, se dificultaba la evaluación debido a la dispersión de los mismos. A esto debemos añadir el plus de ansiedad producido por los roles y lugares poco definidos, en detrimento del liderazgo y de la nitidez de la tarea en el equipo.

Desde el punto de vista de la experiencia que se implantó posteriormente, en la que se desarrollaron programas específicos, más evaluables, por ejemplo programas en los que se trabaja en psicoterapia, la tarea es intrainstitucional y por tanto más nítida pero no deja de ser un sistema cerrado que pierde información y corre el riesgo de duplicar esfuerzos además de no generar sinergias.

Aunque los dos modelos permiten un cierto contraste que puede generar conclusiones, no por ello es posible encontrar respuestas fáciles a las preguntas que nos hacemos.

Es evidente que existen diferencias sustanciales en los objetivos entre un programa asistencial y otro preventivo, no obstante, aunque son diferentes, se complementan. Creo que

no deberíamos dar tan fácilmente por sabidos los niveles de prevención que plantea Caplan y el lugar que ocupan lo curativo o psicoterapéutico en unas edades en las que la mayoría de los profesionales que trabajamos con estos colectivos ponemos el énfasis en la necesidad de educar y orientar en las diferentes situaciones y contextos como forma de solventar con éxito éstos períodos o etapas de la vida. Se corre el riesgo de dar excesiva importancia a lo psicopatológico y curativo en detrimento de la promoción de salud, dejando de lado los hábitos saludables y en ese sentido, olvidarse de la formación especializada como de agentes de salud. Aunque pudiera parecer obvio, la propuesta estaría dada en la integración de enfoques en estos dos niveles ya que ninguno de los dos debería pasarse por alto, sea cual sea el modelo que se aplique.

Los modelos pueden cambiar a instancias de la política o en función de la situación histórica, pero los profesionales de la Salud Mental, deberíamos poder llenar el vacío que se nos presente en la medida de nuestras posibilidades. Es decir, sería necesario mantener una postura profesional (ética y coherente) independiente del modelo o sistema político que se aplique en Sanidad.

Aunque muchas veces carecemos de datos objetivos que sólo la investigación y el espíritu investigador puede ofrecernos, trabajando con niños, es muy difícil negar lo fundamental que resulta la prevención en este campo. Sin embargo, no siempre nos vemos motivados a interactuar desde ambos puntos de vista: psicoterapéutico y preventivo, teniendo en consideración lo bio-psico-social que va de lo individual a lo social pasando por lo específicamente psíquico.

Que existan diferentes actitudes al respecto, será lícito y enriquecedor, pero es importante contar con datos objetivos como también de una idea de proceso, no sólo de la enfermedad mental, sino del conjunto, o sea, de las circunstancias por las que atraviesa una comunidad, una institución o un colectivo determinado de profesionales.

Para ello, es importante contrastar los diferentes esfuerzos realizados a lo largo del tiempo y permitirnos reflexionar acerca de los procesos en que nos vemos inmersos.

La falta de un contexto más discriminado en los equipos, puede deberse a razones de tipo burocrático como problemas de contratación, formación en escuelas divergentes por parte de los profesionales por lo que resulta difícil llegar a acuerdos, cuestiones de tipo personal o diferentes puntos de vista respecto a las prioridades institucionales y/o utilización de los recursos que suelen ser muy limitados..

Muchas veces no están claros el alcance de los servicios a los que los usuarios tienen derecho, dejando a éstos al descubierto, sin unos límites claros y asumiendo funciones de forma omnipotente, altruista o meramente voluntaria.

Si la institución no cuida a sus profesionales y hace frente a sus objetivos con una importante rigidez burocrática y ansiedades desestructurantes en su organización puede dejar al profesional en una situación de precariedad desbordante y con riesgo a padecer síndrome de burn out.

Muchas veces los profesionales asumen sus funciones obligados a atender a todo tipo de paciente, tanto en cantidad como en diversidad de patologías para las que se requeriría un trabajo interdisciplinario.

DINÁMICA ORGANIZATIVA Y LIDERAZGOS

En la organización social de la institución, la Administración es la encargada de la función de control del sistema. La tarea básica en la institución de Salud Mental es el cuidado de los pacientes así como la investigación y formación de los profesionales para cumplir con dicho objetivo. En los Sistemas de Salud Nacionales Europeos se reconocen todos estos campos. Así, España en el Informe SESPAS (1998) afirma que los pilares básicos del sistema serían prevención, investigación, información y educación para la salud. En el Reino Unido, la asis-

tencia abarca tanto la dimensión curativa como la preventiva y la de rehabilitación. De igual manera, en Finlandia se da la tendencia hacia la integración conjunta de los Servicios de Bienestar Social y de Atención sanitaria, y la promoción de la atención comunitaria, por oposición a la atención hospitalaria o institucional (Sarlet, A.; González, J., 2000). Los administradores deben definir adecuadamente el control sobre los límites de la organización.

El primer requisito para el funcionamiento efectivo de una organización es la relación adecuada entre la tarea global de la organización y su estructura administrativa. La efectividad de las instituciones de salud mental depende de la adecuación de los recursos humanos y materiales, así como de su interacción con el ambiente que, como O. Kenberg lo define, es algo compuesto de suprasistemas que afectan a la institución de un modo dinámico y jerárquicamente organizado. Dicho modelo, considera a la institución como un sistema global que integra dinámica y jerárquicamente varios subsistemas (personalidad del líder, naturaleza de los procesos grupales, sistemas habituales de tareas, estructura administrativa).

Cuando los recursos son insuficientes, o el flujo normal de recursos y productos sobrepasa los límites de la institución, o cuando las metas son contradictorias, o si existe un error a la hora de clarificar las prioridades, se produce el fracaso: los grupos laborales se deterioran, la moral se hunde y los procesos grupales sufren una regresión.

La psicopatología aparece en la institución cuando fracasa la función de control, como ocurre en el caso en que la dependencia subjetiva del individuo hacia la institución dificulta los valores internalizados. Si falla la retroalimentación y el alivio dentro de la institución existe la amenaza de una regresión emocional y moral del funcionamiento individual.

El personal que espera un tipo de liderazgo primitivo a partir de una determinada figura omnipotente (grupo dependiente) o de una autoridad controladora poderosa o peligrosa (grupos

de lucha-escape) tiende a provocar que el líder de tarea “regrese” hacia ese rol.

La falta de organización en el equipo induce procesos grupales regresivos, y esto conduce a la regresión en el funcionamiento del liderazgo. Generalmente estos procesos grupales permanecen sin diagnosticar, sólo su producto final es visible, en la forma de un liderazgo inadecuado primitivo.

En las instituciones de salud mental, los pacientes que sufren una severa regresión, en ciertas ocasiones, pueden inducir procesos grupales de supuestos básicos en el equipo.

Sólo un análisis en profundidad de la organización puede hacer aflorar la relación existente entre los problemas de los pacientes a un nivel de base y los problemas relacionados con el liderazgo.

A menudo el personal ve al líder como arbitrario y autoritario pero esta percepción puede ser errónea además de divergente respecto a la manera en que le ven los asesores externos; siendo ésta por lo general bastante más compleja. La efectividad del liderazgo de la organización no depende predominantemente de la personalidad del líder. Con todo, siempre es posible que una patología seria en el líder sea responsable de los problemas del grupo.

El equilibrio depende de distintos factores: como clasificación y definición de la tarea, adecuación del liderazgo y examen de los supuestos básicos.

A veces la naturaleza de la tarea es abrumadora, como cuando una ideología que concibe al tratamiento como algo tan poderoso que es capaz de mejorar a todos los pacientes, se confronta con la realidad y ve que esto es ilusorio.

La “democratización” de la estructura administrativa puede percibirse como una solución de los conflictos organizativos, pero también puede conducir al deterioro de los grupos orientados a la tarea, de los grupos especializados, y de funciones y responsabilidades individuales. Es una ilusión que el autoritarismo en las instituciones pueda superarse satisfactoriamente por medio de la democratización.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Según el plan con el que se vaya a operar en salud mental, con una filosofía hospitalocéntrica, que se base en la asistencia gestionada desde el hospital como eje de cada área territorial a diferencia de un plan y una filosofía comunitaria, descentralizada y con eje en los distritos. Debe considerarse, por ejemplo:

1. Que el concepto de calidad de vida (x), implica la prevención y la detección temprana de las enfermedades, mejorando el pronóstico de su evolución con un tratamiento integral y coordinado y que, la supresión de los equipos interdisciplinarios lleva implícito la no coordinación de los recursos del trabajo en equipo con la participación de los diferentes profesionales. En este tipo de tarea no se debe descuidar el papel de la interconsulta que se impone entre diferentes especialidades para poder llevar determinados pacientes.
2. Dentro de una serie de criterios razonables para llevar a cabo la tarea se encuentra la disponibilidad de recursos en función de la asistencia, teniendo en cuenta una cierta previsión del crecimiento de la demanda.
3. Se trata de discernir si es la demanda de salud de los ciudadanos lo que ocupa el centro de atención tal como lo estipula la ley 12/2001 de ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) o por el contrario, es la falta de previsión, en donde son los ciudadanos los que giran alrededor del sistema. En este sentido, no es sólo la inversión económica que se hace en salud, sino también las maneras en que se utilizan dichos fondos.
4. Es importante acordar unos objetivos prioritarios en el marco del equipo y dentro de estos, la calidad asistencial.
5. Muchas veces no es fácil compatibilizar la normativa administrativa con la función técnica de cara a los objetivos como el organigrama de funcionamiento de la institución con el desempeño de los profesionales.

Hay veces que la burocracia, el control de lo administrativo asfixia la tarea clínica y profesional.

Se intenta encontrar un cierto equilibrio en la coexistencia de funciones y objetivos que sea equitativo y pragmático. La dinámica de los procesos nos hace ver que el equilibrio deseado siempre es inestable, es como un ideal en la complejidad de los sistemas.

Anexo Cuadro con diferentes estudios sobre variables de calidad de vida, prevención y detección temprana.

Artículo	Objetivo	Variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
1984	Conocimiento de hábitos y nivel de educación sexual de los adolescentes	Edad, Sexo, Educ. sexual, Relaciones sexuales, Actitudes ante el sexo, Educación sexual, Anticoncepción	Adolescentes	Se utilizó el paquete de programas del BMDP	A pesar de la importancia que los adolescentes otorgan al sexo, la educación sexual y anticonceptiva se encuentra muy por debajo de lo esperable
1985	Obtención de datos globales de Salud en la escuela. Screening a través de los maestros.	Sociabilidad. Higiene-alimentación. Rechazo escolar. Trastornos evolutivos: afectivo-emocional. Perceptivo-motora.	Niños de 6 años	Descriptivos	Entre los trastornos más comunes se encuentran: Enuresis (60%) Lenguaje (39%) Sueño (65%) Agresividad (37%)
1988	Describir el estilo de vida de los escolares.	Sociodemográficas: sexo, edad, curso, tipo de hábitat, planes de futuro. Rendimiento escolar y satisfacción. Percepción de salud. Estados de ánimo. Trast. psicósomáticos.	Niños-adolescentes	Descriptivos	60% duermen por término medio 9 hs. 67% se cepillan los dientes todos los días. cerca del 40% han fumado alguna vez y el 80% ha probado el alcohol. El 39% realiza ejercicio físico. La inmensa mayoría se sienten felices.
1989	Describir los patrones de actividad física y estilo de vida.	Psicosociales: salud percibida, quejas psicósomáticas, calidad de vida, apoyo social, amistad vs. Demográficas: sexo, edad. Actitud hacia la escuela. Rendimiento escolar. Planes de futuro.	Niños-adolescentes	Descriptivos correlación an. Factorial ANOVA regresión LISREL análisis de correspondencia múltiple	Aparecen tres dimensiones de estilos de vida: hábitos que realzan la salud, actividades desorganizadas y conductas relacionadas con la experimentación con drogas.

Artículo	Objetivo	Variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
1991	a) Comparación descriptiva entre países. b) Extraer las dimensiones de estilos de vida.		Niños-adolescentes	Estadísticos paramétricos análisis de componentes principales	a) Aparece variabilidad en los resultados descriptivos b) Surgen dos factores: estilo de vida de riesgo para la salud y estilo de vida que realiza la salud. Estos factores surgen en todos los países salvo algunas inconsistencias.
1991	Predecir la edad de la primera experiencia sexual a partir del resto de variables de estilos de vida, el área urbana, actitudes escuela y afiliación pares.		Adolescentes	Descriptivos chi-cuadrado regresión	La media de edad de la primera experiencia son los 17,3 años en chicas y 18 años en chicos. 68,2% de los encuestados han experimentado el coito. Consumo de tabaco y alcohol...

BIBLIOGRAFÍA

- CANTARERO, D. (2000): La nueva financiación autonómica de la Sanidad: evaluación de la suficiencia y la equidad. *Psicothema*, Vol. 12, supl. n. 2; pp.111-113. Cantabria.
- CAPLAN, G.: (1966) Principios de Psiquiatría Preventiva. Editorial Píados. Buenos Aires.
- GROCH, J.E.: (1984) *Estudio sobre la sexualidad de los Adolescentes*. 1º Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- GROCH, J.E.; SÁNCHEZ, S.: (1985) *Prevención y detección precoz en campañas de Psicohigiene en el medio escolar. Screening a través de los maestros*. VI Jornadas Estatales de la AENP. Vigo.
- PASTOR, Y., BALAGUER, I., GARCÍA-MERITA, M.: (1998) *Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludable*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de Valencia. Valencia.
- KERNBERG, O.F. (1999): *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Paidós. Barcelona.
- SARLET, A.M; GONZÁLEZ, J.: (2000) *Los Sistemas Nacionales de Salud en el Espacio Común Europeo: misión educativa y particularidades comparativas (la perspectiva de España expresada en cifras)*. Anales de Pedagogía, n.º 18, pp. 241-272. Murcia.
- SALCEDO, J.A.; SÁNCHEZ BAYLE, M. (1996): *Nuevas estrategias para la defensa de la gestión pública en Sanidad*. Cuadernos de relaciones laborales, n.8. Serv. Publ. UCM. Madrid.

LOS PSICÓLOGOS Y PEDAGOGOS DE LA EDUCACIÓN, FRENTE AL ALUMNADO CON GRAVES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Mercedes Sastre de Blas*

RESUMEN

Este artículo quiere dar a conocer una investigación realizada en el ámbito educativo, acerca de la situación de cierto tipo de alumnos integrados en la escuela: Los alumnos con graves trastornos de la personalidad (con autismos, trastornos de tipo psicótico y en general trastornos de desarrollo). Dicha investigación está realizada desde el punto de vista de una profesional de la orientación, teniendo en cuenta su experiencia profesional y la de sus colegas, y basada sobre todo en la reflexión sobre su práctica profesional, y en el análisis de datos acumulados a partir de dicha práctica: análisis de recursos, metodologías y sobre todo análisis de casos.

Como resultado de estas reflexiones se aportan una serie de pautas de observación para que los profesionales que trabajan en la Escuela, puedan detectar algunos aspectos cualitativos en los comportamientos y situaciones de cierto tipo de alumnos, que son difíciles de observar a través de pruebas estandarizadas.

Palabras clave: Profesionales de la educación –integración de alumnos con graves trastornos de la personalidad– intervención-pautas de observación.

*Psicóloga. Miembro del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Centro- Arganzuela (Comunidad de Madrid).

SUMMARY

In this article, the author wants to show her investigation about de children with heavy personality disorders (autism, psychotic disorders, and another development disorders), This investigation was made according to her work in the School, her experience an the experience of her colleagues, und also according as her reflection about her professional practice: analysis of documents, methodology and analysis of cases.

The author bring some points for observation, in order that the professionals of the School, may to detect some qualitative aspects in the behaviour of this children, because is difficult to observe with standard test.

Key words: Work in the School- investigation about the children with heavy personality disorder in the School- Points for observation.

INTRODUCCIÓN

Los psicólogos y pedagogos que nos dedicamos a trabajar dentro de la escuela, y muy en especial los que dependemos de la Administración Educativa Central o Autónoma, somos los receptores de una problemática muy variada y compleja, problemática que abarca tanto diferentes ámbitos: individual, socio- familiar, institucional, como todo tipo de disfunciones y trastornos dentro del alumnado. Hago mención sobre todo a éstos últimos, puesto que tenemos una serie de “mandatos institucionales” al respecto, y más concretamente con respecto a los alumnos llamados de “integración” o alumnos con necesidades educativas especiales, que presentan discapacidades de tipo físico, psíquico o sensorial.

Después de muchos años de trabajo dentro de los Equipos de Orientación, y de abordar, conjuntamente con mis compañeros y compañeras, situaciones de todo tipo, se me han ido generando inquietudes cada vez más fuertes sobre qué caminos tomar frente a dichas situaciones. Muy en especial me pre-

ocuparon los alumnos con necesidades educativas especiales que muestran un tipo de discapacidad psíquica, en cuyas manifestaciones se encuentran muchas veces conductas “extrañas”, explosiones de violencia y destructividad y graves problemas para comunicarse y relacionarse socialmente. Son estos niños los que suelen poner a un Centro Educativo “patas arriba”, y los que son objeto de mayores quejas y mayor número de demandas a los profesionales de la orientación. También son los que ponen a prueba nuestra pericia profesional, y nuestras habilidades para manejar y contener situaciones de conflicto.

Estas cuestiones me llevaron a investigar acerca de la situación de estos alumnos en la Escuela, aprovechando que se me concedió una licencia por estudios, por parte de la Comunidad de Madrid, organismo del que dependemos los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de dicha Comunidad. Dicha investigación fue realizada durante el curso 2001/2002.

COMENTARIOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta inicial que me formulé, fue la siguiente:

¿Pueden estar integrados estos alumnos en la escuela ordinaria, en las mismas condiciones y con los mismos recursos que los demás alumnos de integración?

En el ámbito de la Comunidad de Madrid y en aquellos momentos, no había recursos diferenciados, ni metodologías específicas, ni tampoco una formación al respecto dirigida a los Equipos de Orientación ni a los docentes, a excepción de un Equipo Específico para abordar trastornos graves del desarrollo. Naturalmente se suelen derivar a los Servicios de Salud Mental Públicos, pero también sus posibilidades a nivel de recursos eran escasos. Nos encontrábamos (y aún nos seguimos encontrando), con el desconcierto, la sensación de impotencia para afrontar estas demandas y la percepción constante

del malestar de los docentes y de las familias en relación con este tipo de alumnado.

Pero, ¿de qué tipo de alumnos estamos hablando? Este era uno de los objetivos primeros propuestos: definir el tipo de alumnado que más interrogantes nos genera y aclarar el tema desde el punto de vista teórico. La revisión bibliográfica que se realizó, contempló diferentes orientaciones: manuales clásicos de psicopatología infantil, tales como el “Manual de Psiquiatría Infantil” de J. Ajuriaguerra, los actuales manuales de clasificación tales como el “DSM-IV y el “CIE- 10”. Se incorporó también la “Clasificación francesa de los problemas mentales del niño”, propuesta por R. Misés¹

Por otra parte, y dado que es el enfoque teórico que más se maneja entre los profesionales de la educación, se revisaron textos de orientación cognitivista, especialmente de Angel Rivière, autor que investigó mucho sobre el autismo, y U. Frith, quien junto con Barón- Cohen es una de las representantes de la llamada “teoría de la mente”, utilizada como hipótesis que explicaría el funcionamiento mental en el autismo.

No es objeto de este artículo entrar en detalles sobre la revisión teórica, pero si me gustaría señalar algunas de las observaciones que pude realizar, entre otras:

- Los autores cuya orientación teórica se basan más en el psicoanálisis, tienen una concepción global de los trastornos, poniendo en relación varios factores. Asimismo consideran el autismo y la psicosis, como parte de un continuo.
- Sin embargo, para autores como Rivière y Barón- Cohen, se habla del “espectro autista”, concepto según el cual el autismo se concebiría como un continuo que presenta una serie de gradaciones y dimensiones, cuya afectación se produce siempre en los casos de trastorno profundo

1. Publicado en “Cuadernos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente” n.º 10. Bilbao, 1990.

del desarrollo. Según esta formulación, dentro del espectro autista se incluirían otro tipo de trastornos que estarían diferenciados, según otras concepciones teóricas.

- Los manuales más utilizados para el diagnóstico de estos trastornos, CIE-10 y DSM-IV, también reflejan diferentes formas de clasificarlos:
 - En el **CIE-10** y dentro de la categoría más general de **“Trastornos generalizados del desarrollo”**, se incluyen entre otros
 - El autismo infantil, que incluye el Síndrome de Kanner y también otras categorías como la Psicosis infantil.
 - Incluye también el Síndrome de Asperger, además de otras categorías relacionadas con la psicosis como “Psicosis Simbiótica”
- En el DSM-IV, y dentro de la categoría de **“Trastornos generalizados del desarrollo”**, encontramos.
 - F84.0 Trastorno autista
 - F84.2 Trastorno de Rett
 - F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
 - F84.5 Trastorno de Asperger
 - F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
 - En relación con los diagnósticos de “psicosis y esquizofrenia”, el DSM-IV no contempla estos términos para aplicarlos al diagnóstico de los trastornos en la infancia. En la página 69, y en la introducción a éste capítulo, comenta: *“Aunque en algún momento se utiliza como psicosis y esquizofrenia infantil, para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos a favor de que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos a la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con trastorno generalizado del desarrollo, puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior).* En cuanto a la esquizofrenia, indica que este diagnóstico

sólo se puede aplicar cuando se manifiesta pasada la adolescencia.

Creo que puede resultar oportuno reflejar estos criterios diagnósticos de los manuales de clasificación, para poder ilustrar la variedad de diagnósticos al respecto de los trastornos de la infancia. Si tenemos en cuenta lo anteriormente reflejado al respecto de la concepción del autismo y del concepto de “espectro autista”, por ejemplo, esta variedad de enfoques diagnósticos aumenta considerablemente.

Así pues, se podría decir que según la orientación que tengan los profesionales, según el ámbito desde el que se evalúe (Escuela, Servicios de Salud Mental, Clínica privada, etc.), la mirada acerca de este tipo de trastornos varía según la orientación teórica que la sostenga. Dicha variedad, **parece condicionar el enfoque y el tratamiento que se dé a estos trastornos**, además de ser fuente de discrepancias muy significativas entre los profesionales, con respecto al mismo niño, tal y como se pudo comprobar en el análisis de la documentación que se realizó en el estudio de casos

También se pudo apreciar que, aunque existe una abundante literatura acerca del concepto “psicosis”, procedente sobre todo de los textos de orientación psicoanalítica, en algunos manuales de clasificación no aparece (DSM-IV), y en otros casos se considera un término obsoleto. Esto, en mi opinión, dejaría sin explicación y, por tanto sin intervenciones coherentes a una buena parte de los niños con graves trastornos.

ESTUDIO DE CASOS

Se consideró necesario, ilustrar la problemática a la que nos enfrentamos y la gran complejidad que ofrece el abordaje de estos casos, realizar un estudio de casos con los que se había trabajado anteriormente, y con los que continuábamos trabajando en la actualidad. Se recopilaron datos de los expedientes de los alumnos, tratados con la necesaria confidencia-

lidad, observaciones, entrevistas con las compañeras (en los casos en los que yo no había intervenido anteriormente), etc.

Para poder ordenar un poco la diversidad de evaluaciones y diagnósticos, y después de seleccionar 12 casos entre una recopilación inicial de 20 ó 25 (aproximadamente), se organizaron en tres grupos, incluyendo 4 casos en cada grupo:

1. Alumnos diagnosticados de autismo (Trastorno Autista, Síndrome de Kanner o Síndrome de Asperger).
2. Alumnos diagnosticados de Trastornos del Desarrollo.
3. Alumnos que tienen diagnósticos de diverso tipo, pero en los que se aprecian signos de tipo cualitativo, que indique algún tipo de alteración en el desarrollo de la personalidad. Se les ha denominado “alumnos con trastornos relacionados con la psicosis”.

La primera categoría se encontró más fácil de definir, puesto que, entre otras cosas existe mayor consenso a la hora del diagnóstico. En la actualidad, se aceptan de forma generalizada los criterios propuestos por Leo Kanner en relación con el trastorno autista, independientemente de la orientación teórica que se profese.

Por el contrario, la última categoría parecía un tanto “resbaladiza”, por las razones antes aducidas, y en el caso de los “Trastornos del Desarrollo”, también parecía una categoría demasiado amplia e imprecisa, y no todos los casos incluidos en ella tenían ese diagnóstico. Para poder acotar la problemática que se estaba tratando, se optó por crear una **definición de tipo descriptivo** que incluyera todos los casos. Así pues se trataría de ***“alumnos que desde el principio de su vida y/o su escolaridad, manifiestan importantes dificultades en su desarrollo social, comunicación con el entorno (tanto medio físico como social), y manifiestan asimismo comportamientos que dificultan la relación con los otros y con los objetos. Dichas manifestaciones no pueden atribuirse a todo tipo de discapacidades, ni a situaciones propias de medios sociales carentes o socialmente problemáticos,***

diferenciándose en ese sentido de comportamientos disociales. Tampoco podrían reducirse a manifestaciones relacionadas con la hiperactividad, que pueden o no existir dentro del conjunto de los comportamientos que se aprecian”.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Al ser la investigación una búsqueda de información sobre el tema, y una forma también de sensibilizar tanto a compañeros como a la propia Administración Educativa, destinataria del informe final de la misma, no se pudo encontrar (ni se pretendía tampoco), una respuesta definitiva acerca de cómo sería la mejor forma de integración de estos alumnos en la escuela, ni cuál es la mejor forma de intervención al respecto. Tampoco se pretendió establecer una primacía educación sobre terapia, ni tampoco al contrario. Más bien se apreciaron como más adecuadas propuestas en las que se contemplaban encuadres mixtos (terapéuticos y educativos), tales como los Centros de Día. Me pareció especialmente interesante el trabajo que se está haciendo en el Centro de Día Educativo y Terapéutico “La Ola”, situado en el barrio de este mismo nombre en la localidad de Sondika (Vizcaya). El engranaje tan sólido existente entre la planificación de los aspectos educativos y los aspectos terapéuticos, la estrecha coordinación entre los profesionales, no sólo dentro del Centro, sino con los Equipos de Orientación de la Zonas en la que se encuentran escolarizados los niños, la cuidadosa selección del tipo de los alumnos/pacientes que van a ser allí atendidos y la ratio por aula, constituyeron unos de los muchos aspectos que me llamaron favorablemente la atención.

En la Comunidad de Madrid, afortunadamente, se están poniendo en marcha desde hace 4 años experiencias de este tipo. Destacó entre ellas la que en aquellos momentos (primavera del año 2002), estaba iniciándose que es el Centro de Día

“La Pradera de San Isidro”, centro concertado con las Consejerías de Educación y de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La estructura del Centro y los planteamientos, son muy similares a los encontrados en el Centro de “La Ola”, aunque la ratio de alumnado es mayor y el tipo de patologías que se incluyen también es más amplio. La coordinación con los Equipos de Orientación y las Escuelas de procedencia de los niños, es mucho más complicada debido a que la Comunidad de Madrid tiene un mayor número de habitantes que el ámbito geográfico que abarca el Centro “La Ola”.

En el ámbito puramente educativo, las propuestas de aulas de integración específicas para alumnos con trastornos del desarrollo, autismo y trastornos afines (más o menos los que suponen el objeto del estudio). Entre otras las “aulas estables” del País Vasco, y las recientes experiencias en la Comunidad de Madrid, llamadas “Experiencias singulares de Integración”.

Estas experiencias mostrarían que, tanto las instituciones como los profesionales, habrían de procurar que los niños y niñas, cualesquiera sean sus circunstancias, pudieran encontrar, siempre que sea posible, su lugar en la escuela junto con los demás. En este caso ese lugar ha de atender al cuidado y a la contención, y al mismo tiempo han de ser espacios en los que los niños puedan, en lo posible, compartir sus experiencias con los iguales. Así pues, las intervenciones educativas y las que se realizan en el ámbito de la Salud Mental, han de ir de la mano.

Afortunadamente, continúa la tónica de creación de nuevos recursos, con la puesta en marcha de nuevos Centros de Día educativos y terapéuticos en diversas zonas de la Comunidad de Madrid impulsados por la Consejería de Educación (Dirección General de Promoción Educativa), y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Asimismo se continúan creando aulas de integración específica para alumnos con trastornos del desarrollo, en distintas Zonas de Madrid. La buena noticia, no es sólo la creación de recursos, sino también

la progresiva colaboración institucional entre las Administraciones educativa y sanitaria, que vienen a refrendar lo que durante años venimos haciendo los profesionales de “a pié”

ALGUNAS PROPUESTAS

El trabajo que aquí se resume, se ha enfocado desde el punto de vista de una profesional que trabaja en el ámbito educativo, pero sin perder de vista, tal y como ya se ha comentado anteriormente, que hay que mantener una estrecha relación con otros ámbitos Sanitario y también, Servicios Socio-Comunitarios. En la escuela a veces solemos subestimar nuestro papel, y por ello he querido rescatar también la importancia de la labor educativa, no sólo en si misma, sino también como contribuyente a la formación integral del sujeto y también, a veces, como compensadora de situaciones de carencia. Voy a recordar las palabras de A. Barthassat² al respecto: *“La acción educativa incide sobre todo en las condiciones en las que el niño puede encontrarse con su medio ambiente. **Un aprendizaje se define por el paso a un estado diferente; es el hecho de que el niño aprende lo que construye o reconstruye sobre el objeto de aprendizaje”.***

También conviene recordar, que la escuela tiene un papel muy importante en el proceso de simbolización, puesto que el aprendizaje escolar ayuda a producir cambios internos. Para Meltzer ***aprender de la experiencia produce cambios desde posiciones más primitivas hacia otras de mayor madurez e integración.***

Por ello, he creído que puede ser de utilidad para los profesionales de la escuela, y muy en especial para los que tienen como función la orientación en las Escuelas, algunos indicadores de observación cuando tengamos delante a algún niño cuyas manifestaciones y comportamientos puedan relacionarse con factores relativos a:

2. A. Barthassat es pedagogo del Centro Psicopedagógico de Ginebra.

- Dificultades en el desarrollo social.
- Importantes dificultades en la comunicación con el entorno.
- Comportamientos que dificultan la relación con los otros y los objetos, que no podemos atribuir a otro tipo de discapacidades, carencias socio- ambientales o comportamientos disociales relacionados con medios desfavorecidos.

No se pretendería el diagnóstico, sino más bien buscar pistas, fijarse en aspectos cualitativos del desarrollo, detectar los detalles que “no encajan”. El fin de esta detección sería la de derivar lo antes posible a Centros de Salud Mental o Unidad de Psiquiatría Infantil para ser debidamente diagnosticados y tratados tanto los alumnos como las familias, y para poder prestar las ayudas educativas más acordes en cada caso.

PAUTAS DE OBSERVACIÓN

1. Desarrollo evolutivo

En los dos primeros años de vida observar:

- Problemas de sueño: inquietud, dificultades para conciliar el sueño, horas de sueño escasas.
- Dificultades de alimentación: comen poco o en exceso, selectividad con los alimentos.
- Irritación o inquietud exagerada. Los padres encuentran dificultades para calmarles.
- Desarrollo del lenguaje:
 - Muchas veces hay retraso en la aparición del mismo.
 - Suele estar más afectada la comprensión que la expresión.
 - Déficit de pautas comunicativas no verbales: no mantienen la mirada, no hacen gestos, no imitan o imitan poco.

- Uso del lenguaje: No lo usan espontáneamente, sólo a instancias del adulto y en todo caso para pedir algo. No tienen atención compartida.³
- En algunos casos no prestan atención cuando se le habla.
- Poca intención comunicativa desde el principio (referida no sólo al lenguaje oral).
- Prestar atención a incidencias habidas en el primer desarrollo: Hospitalizaciones o enfermedades graves, cambios de domicilio (sobre todo los que implican cambio de ciudad o país). Cualquier incidencia a partir de la cual se hayan observado cambios de comportamiento del niño.
- Falta de interés por el medio que les rodea.
 - No buscan el contacto social; más bien suele haber rechazo del mismo.
 - No se relacionan con los iguales, o hay muchas dificultades para establecer dicha relación.
 - En algunos casos, ensimismamiento en la manipulación de sus juguetes.
 - En algunos casos dan la sensación de estar ausentes.
- Aspectos médicos y tratamientos habidos durante estas edades: Aspectos de tipo orgánico o neurológico. Tratamientos de tipo psiquiátrico, psicológico o psicoeducativo. Informes y diagnósticos si los hubiere.

2. Aspectos familiares

- Antecedentes familiares acerca de enfermedades, minusvalías o trastornos mentales, especialmente si existen en los padres.
- Incidencias durante el embarazo, de cualquier tipo (de tipo orgánico u otros como depresión de la madre, muerte

3. La atención compartida es una función de la comunicación, por la cual el niño nombra o señala un objeto, con el único fin de llamar la atención del adulto sobre dicho objeto. Suele aparecer a finales del primer año de vida.

de algún familiar durante el embarazo, separaciones, cambios importantes en la familia).

- Dificultades de los padres para calmar al niño, en aspectos tales como por ejemplo: Control de rabietas, miedos, llanto, manifestaciones de ansiedad...
- Los padres pueden manifestar dificultades para comprender lo que el niño necesita.
- Dificultades para poner límites y establecer pautas educativas.

(Ser prudentes en la valoración de estos factores, así como en la recogida de información, procurando que los padres no se sientan juzgados o evaluados).

3. Desarrollo a partir de 3 años. Inicio de la escolaridad

- Se aprecian dificultades de adaptación a la Escuela desde el principio: Los padres suelen comentar que les cuesta trabajo separarse de ellos y lloran mucho. Los profesores refieren que deambulan por la clase, que les cuesta separarse de la madre y que suelen estar siempre a su lado, buscando protección.
- Están aislados en relación al grupo. Parecen vivir en un mundo aparte con respecto al resto de la clase.
- Dificultades para comprender órdenes y consignas verbales.
- Dificultades para adaptarse a normas, consignas y hábitos de clase.
- Dificultades para adaptarse a los cambios.
- En algunos casos aparecen conductas disruptivas, conductas de riesgo y conductas agresivas (autoagresivas o heteroagresivas.).
- Retraso en la adquisición de hábitos de autonomía (como control de esfínteres).
- Baja tolerancia a la frustración.
- Sus producciones y rendimiento escolar son menores y de peor calidad que las del resto del grupo:

- Dificultades para dibujar la figura humana.
- Dificultades para la expresión gráfica.
- Asociación (palabra-objeto, emparejamiento de imágenes, etc.).
- En Primaria, suelen tener dificultades en la comprensión y resolución de problemas matemáticos.
- Atención escasa y dispersa hacia las actividades escolares.
- Por el contrario, aparecen intereses muy restringidos hacia objetos y actividades de tipo repetitivo, estereotipado o muy concreto. Suele realizar estas actividades en solitario.
- Sorprende la buena producción y rendimiento en otras áreas, tales como coordinación óculo-manual, lectura mecánica, aprendizaje de operaciones matemáticas, seriaciones, clasificaciones (con material perceptivo y manipulativo).
- **No realizan juego simbólico, o lo hacen de forma parcial.**⁴
- Lenguaje y socialización:
 - Se comunican poco y de forma restringida.
 - Dificultades para expresar y comprender sentimientos propios y ajenos. Suelen tener dificultad para comprender el mundo que les rodea, sobre todo el entorno social.
 - Pueden existir ecolalias (inmediatas y diferidas).
 - Pueden existir respuestas incoherentes en contextos normales de comunicación (ejemplo: se le hace una pregunta y su respuesta no tiene nada que ver con ella).
 - Déficit de habilidades sociales, y habitualmente, baja autoestima.

4. A veces se considera juego simbólico a la imitación de acciones, pero el juego simbólico es una expresión del mundo interno. Si hay dudas, recordar u observar el juego en niños de su misma edad.

- Pueden existir algunos problemas graves de conducta que distorsionan de forma importante el contexto familiar y escolar. Se presentan algunos ejemplos:
- Suelen tener que ver con una forma de reacción ante la fuerte tensión interna (el niño anteriormente se encuentra inquieto o desasosegado).
- Suelen tener como antecedente algún cambio (por ejemplo de clase, cambio de profesor, cambio de pausas), situaciones que suponen una excitación (recreos, situaciones poco estructuradas, etc.).
- El niño parece incapaz de controlarse por sí sólo, y una vez ha entrado en la espiral del descontrol, ya resulta muy difícil de contener.

Para finalizar, quiero comentar que mi intención ha sido la de compartir con mis colegas de la orientación y otros profesionales que trabajan en el ámbito de la infancia, mis reflexiones respecto a estas cuestiones, y también, en la medida de mis posibilidades, aportar un “granito de arena” a la comprensión de este problema. Asimismo he querido sensibilizar, sobre todo a la Administración Educativa, de la especial dificultad que conlleva la integración de cierto tipo de alumnos en la Escuela; ni se puede integrar a todos, ni se les puede integrar igual que a otros alumnos con necesidades educativas especiales.

Como último comentario, quisiera expresar que en este tema tan complejo, no podemos estar separados los profesionales de la Educación y los Profesionales de la Salud, pues hemos de aunar esfuerzos y flexibilizar nuestros puntos de vista, para poder encontrar espacios conjuntos de comprensión que nos impulsen realizar nuestras intervenciones, cada uno desde su ámbito de competencia, de forma coordinada y, al mismo tiempo complementaria.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994- 95) DSM- IV. Ed. Toray-Masón,
- BARTHASSAT, A (1991). "*La integración escolar en el marco de la pedagogía especial*". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, nº 11/12. Bilbao.
- CIE-10.
- RIVIÈRE, A y MARTOS, J (1998) "*El tratamiento del autismo. Nuevas Perspectivas*". Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- SASTRE DE BLAS, MERCEDES (Curso 2001/2002) "*Situación de la integración de los alumnos con graves trastornos en la Zona de Collado-Villalba (Madrid)*". Investigación realizada por la concesión de una licencia por estudios, por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

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, un disquette de ordenador con el artículo, gráficas y tablas en formato word o rtf.
7. Al original ha 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. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6.º D - 48009 Bilbao, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

