

N.ºS 41/42
1.º y 2.º semestres

2006

Cryan, Glenda

Díaz Rodríguez, María Esther

Fandiño Pascual, Ricardo

González Bardanca, M.ª Sonia

Gude Sañas, Raquel

Janin, Beatriz

Larbán Vera, Juan

Montserrat i Aguadé, Abdón

Pombo Sánchez, Antonio

Quiroga, Susana

Suárez Santos, Antonio

Villanueva Suárez, Susana

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

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

Director:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Comité de Redacción:

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Marian Fernández Galindo
Alberto Lasa Zulueta

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, 19-6º D
48009 Bilbao
mhernanz@cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ANTONIO POMBO SÁNCHEZ	Las psicosis infantiles en la consulta de pediatría	5
MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ	Yo prefiero tener pelo	19
ABDÓN MONTSERRAT I AGUADÉ	Aspectos somáticos en una población infantil en tratamiento psicoterapéutico	29
RAQUEL GUDE SAÍÑAS RICARDO FANDIÑO PASCUAL	Psicopatología infanto-juvenil en un centro terapéutico de menores	35
SUSANA VILLANUEVA SUÁREZ	Presentación de un caso clínico de una niña prematura tras 5 años de tratamiento: Ana quiere ser una princesa	47
MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ M.ª SONIA GONZÁLEZ BARDANCA	Las versiones de la aplicación de la ley	59
ANTONIO SUÁREZ SANTOS	¿Una vez más? (Notas sobre lo psicoanalítico y lo psicoterapéutico en la clínica)	67
BEATRIZ JANIN	El ADHD y los diagnósticos de la infancia: la complejidad de las determinaciones	83
SUSANA QUIROGA GLENDA CRYAN	Estudio de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales en el abordaje psicoterapéutico grupal de adolescentes con conductas antisociales	111
JUAN LARBÁN VERA	Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos: reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé	147

N.º 41/42

2006

1.º y 2.º semestres

Revista incluida en la base de datos bibliográficos del CSIC y en LATINDEX.

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 SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidenta-tesorera:	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Béjar Trancón (Badajoz) Leticia Escario Rodríguez (Barcelona) Pablo García Túnez (Granada) Carmen González Noguera (Las Palmas) Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de Publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

LAS PSICOSIS INFANTILES EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA*

Antonio Pombo Sánchez**

La observación directa es el principal medio de observación del pediatra. Su ubicación le permite ver y observar al niño y su entorno en situaciones privilegiadas y con continuidad en el tiempo. La consulta pediátrica es fuente de enseñanza para quien sepa ver y oír.

El trabajo psicoterapéutico del pediatra es también original. No es una psicoterapia en el sentido de “un reacondicionamiento de las organizaciones pulsionales y las relaciones objetales”, la relación es siempre triangular: niño-padres-pediatra, y aparece investida de una cualidad transferencial cuyo conocimiento contribuye a la posibilidad de manejar sus aspectos positivos y negativos.

El acceso al cuerpo del niño tiene variadas connotaciones: la aceptación del cuerpo enfermo y sus anomalías, la atención al desarrollo evolutivo y afectivo del niño y la habilidad para explorarlo y manipularlo –la mano amiga y experta–.

Muchas veces, afirma L. Kreisler, el sólo planteamiento del problema puede tener valor curativo: el médico que plantea el

* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título “Psicosis Infantil. Una Mirada Actual” se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre 2005.

** Médico – Pediatra. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. C. S. Fontiñas. Servicio Galego de Saúde. (Sergas). Santiago de Compostela Correspondencia mail: antoposa@telefonica.net

diagnóstico del “cólico de los tres meses” o el diagnóstico del “espasmo del sollozo” desactiva un drama y al mismo tiempo sitúa el trastorno en su dimensión real que es la de una relación conflictiva, abriendo así la vía a una resolución de lo que muchas veces la familia del niño vive como un auténtico drama.

La paciencia para escuchar, la capacidad para entender un gesto o una actitud son o pueden ser suficientes para disminuir la angustia e invertir comportamientos.

Al abordar la patología infantil deberemos tener siempre presentes tres conceptos clave:

1. La evolución del niño (etapas evolutivas)

0-2 años: En esta edad el psiquismo del niño se expresa por alteraciones somatofuncionales que afectan fundamentalmente al sueño (insomnio) y a la esfera oroalimentaria (anorexia y cólicos). La valoración de la relación madre-bebé, las características familiares y la plasticidad del síntoma nos permitirá una intervención terapéutica y/o preventiva valiosa.

2-6 años: La actividad psíquica en esta etapa se manifiesta en la lucha del niño por la independencia y el control de esfínteres así como por el negativismo. Es la edad de las rabietas y del desarrollo de funciones instrumentales.

Período de latencia (6 años - pubertad): El desarrollo evolutivo del niño deriva hacia lo psíquico, surgen los procesos de identificación con el adulto y la noción del deber hacer (súper yo). Conflictiva psíquica de expresión somatiforme (cefaleas, vómitos...).

Pubertad y adolescencia: Lo corporal emerge de nuevo en relación con los conflictos psíquicos de esta edad, en forma de cefaleas, alteraciones alimentarias, alteraciones del sueño, hábitos tóxicos, conductas de riesgo, tentativas de suicidio, etc.

2. Los factores de riesgo

Son un concepto estadístico útil para la detección precoz de lo patológico.

Relativos al *niño* debemos considerar la prematuridad, parto múltiple, sufrimiento neonatal y perinatal, infecciones neonatales y los traumatismos obstétricos. En cuanto a la *relación parentofilial* valoraremos en especial las carencias materiales y afectivas, situaciones de maltrato y las separaciones repetitivas. Relativos a los *padres* tendremos en cuenta los conflictos permanentes, separación, alcoholismo, muerte, ausencia crónica, enfermedades graves, en especial las mentales, y la pareja incompleta.

3. La vulnerabilidad

Está en relación con la capacidad del niño para protegerse de los estímulos nocivos. Competencia es la precapacidad de adaptación activa del niño a su entorno.

LA PSICOSIS INFANTIL

En general, definiremos como psicóticos aquellos niños que continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba *mágico-animista* o *intuitivo-simbólico* en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. Es un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño.

A modo de esquema expositivo abordaré las psicosis infantiles por el siguiente orden: 1. Brote psicótico agudo; 2. Psicosis disarmónica; 3. Psicosis deficitaria; 4. Esquizofrenia del adolescente y 5. Autismo.

1. Brote psicótico agudo

Me referiré aquí al niño psicótico “florido” “exuberante”. Se trata de niños con una gran inquietud psicomotriz; son verbosos, desbordantes, con una comunicación inconexa sin hilo de continuidad y sin sentido aparente. Es la voz del inconsciente que habla crudamente en ellos expresando directamente acciones y fantasías. Nos dan la impresión de que la expresión verbal fragmentada y zigzagueante que presentan es el resultado de una lucha entre la emergencia de dichas fantasías “salvajes” y las psicodefensas demasiado frágiles que intentan intervenir para controlar unos contenidos que finalmente les desbordan.

Se podría ejemplificar como ese niño que pretende abarcar con sus manos un gran montón de canicas y que continuamente se le caen y constantemente él recoge, siendo el cuento de nunca acabar.

2. Niños psicóticos disarmónicos

Las psicosis disarmónicas generalmente se manifiestan a partir de los 4-5 años de edad. Estos niños suelen mostrarse como petrificados adoptando muchas veces posturas corporales ridículas y poco armoniosas como igualmente faltos de armonía están su propio desarrollo psicobiológico e intelectual en el que se producen desfases, fallas y lagunas, coexistiendo con resultados brillantes en otras áreas. Es frecuente que presenten importantes déficits instrumentales pudiendo afectar éstos al grafismo, esquema corporal, espacio-temporalidad, lateralidad y lenguaje. Estas situaciones clínicas hacen pensar en ocasiones a los adultos y padres si estos niños les estarán “tomando el pelo”, lo que no hace sino revelar la incapacidad de aquellos para comprender y valorar la gravedad de la situación. Bastantes padres de estos chicos pertenecen al tipo de lo que podríamos denominar padres y madres “flotantes” por la sensación que producen de inconsistencia, vaguedad, lejanía, inasequibilidad, y expresión paradójica en la manifestación o expresión de sus sentimientos.

3. Niños psicóticos deficitarios

Maud Mannoni llegó a negar la existencia de la deficiencia mental; para ella, todos los oligofrénicos eran, primitivamente, psicóticos. Sin llegar a tales extremos, afirmamos que hay niños en los que el desarrollo intelectual y afectivo se vieron gravemente perturbados desde un comienzo a causa de una sinergia o interferencia mutua de ambos procesos motivada por factores patógenos y traumáticos dando como resultado final la existencia de un niño al que se diagnostica con frecuencia de deficiente mental y que termina introducido en el circuito de la escolarización o institucionalización especial.

Esta forma de psicosis no ha sido aislada en la clasificación francesa. Algunos autores describen factores emocionales que originarían la inestructuración de las bases necesarias para el desarrollo del conocimiento intelectual y para el aprendizaje. En otros casos, lo que aparece masivamente de entrada es una grave carencia instrumental.

Afecciones orgánicas como el síndrome X frágil, encefalopatías víricas, anomalías cromosómicas, enfermedades metabólicas y algunas facomatosis deben ser buscadas sistemáticamente ante todo niño que evoque la hipótesis diagnóstica de psicosis deficitaria.

Cercanas a las psicosis se encuentran las *Disarmonías Evolutivas*. Este diagnóstico deberemos reservarlo para aquellos niños que partiendo de “baches”, “lagunas” o “desfases” en su desarrollo, llegan a alcanzar con el tiempo un funcionamiento básicamente adaptado aunque los movimientos re-evolutivos hayan tenido lugar de una manera atípica y disarmónica.

4. Esquizofrenia del adolescente

Cuanto más frágil e inmaduro sea el yo del sujeto, cuanta mayor dependencia regresiva muestre en relación a las figuras parentales y cuanto más próximas se hallen estas condiciones de la edad de la adolescencia, mayores riesgos hay de un deslizamiento hacia una organización esquizofrénica de la

personalidad en la que predominan de tal forma los procesos disociativos y el alejamiento de la realidad que le incapacitarán en el plano escolar, familiar y relacional, aparecerá actividad sintomática positiva (delirios, alucinaciones...), y negativa como el empobrecimiento de las capacidades y rendimientos del sujeto que queda recluso dentro de la familia o, en el mejor de los casos, en una situación muy por debajo de lo que cabría esperar antes del brote esquizofrénico.

No olvidaremos la *esquizofrenia de origen muy precoz* que es aquella que tiene su origen antes de los 13 años de edad. Es un subtipo de esquizofrenia que tiene una historia vital de anomalías del desarrollo muy diversas y antecedentes familiares de esquizofrenia, lo que daría lugar al fenómeno de *anticipación genética* que consiste en que un determinado trastorno va apareciendo en las sucesivas generaciones a una edad más temprana y de un modo más severo.

5. Autismo

Autismo deriva de *autos* que significa *sí mismo*; este término fue descrito por primera vez en el año 1911 por Bleuler para describir pacientes adultos con esquizofrenia, pero es en 1943 cuando L. Kanner describe esta afección específica de la primera infancia.

En los inicios del siglo XIX la patología mental del niño estaba considerada como el resultado de una deficiencia intelectual. En el año 1888 Moreau de Tours en su obra *La folie chez l'enfant* respondía negativamente a la existencia de una psicosis o locura en el niño pequeño. Más tarde J. Lutz describiría formas de psicosis en el niño que supone análogas a las del adulto siguiendo las descripciones de Kraepelin y Bleuler, pero no considera la posibilidad de una eclosión precoz de los trastornos psicóticos en el niño.

Leo Kanner en su primer trabajo publicado describía once niños de edades comprendidas entre los 2 años y ocho meses y los 8 años en los que el trastorno fundamental consistía en

la imposibilidad de establecer relaciones normales con las personas y para reaccionar normalmente a las situaciones desde el principio de su vida.

En la clasificación del DSM IV el autismo se incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, en el CIE 10 de la OMS se mantiene el mismo criterio nosográfico. En la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, el autismo se incluye dentro de las psicosis infantiles precoces. R. Misés renovó el cuadro nosográfico del autismo. La mayor parte de los autores franceses consideran con él que el autismo tal y como lo había descrito Leo Kanner solamente constituye una forma bien aislada y característica pero una forma entre otras de trastornos muy precoces de la personalidad, con desorganización del yo, del aparato psíquico y de su relación con el mundo externo.

Síntomas y signos en los primeros 6 meses de vida (S. Fraiberg, D. Houzel, M. Soulé):

- Ausencia de intercambio con la madre, indiferencia a la voz y al rostro de la madre, ausencia de intercambio de la mirada con la madre, desviación de la mirada.
- Excesiva quietud o agitación desordenada.
- Falta de ajuste postural, ausencia de actitud anticipatoria. Hipertonía o hipotonía sin lesión neurológica que la explique.
- Retroceso de los procesos perceptivos: indiferencia hacia el mundo sonoro.
- Trastornos graves del sueño: insomnios “tranquilos”, “blancos”.
- Trastornos oroalimentarios con falta de succión.

Síntomas y signos entre los 6 y los 12 meses de vida:

- Fijación de la mirada en luces y objetos giratorios. Juegos manuales ante los ojos.
- Interés por objetos insólitos frecuentemente duros, contrastando con el desinterés general por el mundo que le rodea.

- Ausencia de *angustia ante el extraño*. El segundo organizador de Spitz, testimonio de la capacidad del bebé para representarse mentalmente a su madre, no existe en el bebé autista.

Síntomas y signos entre los 12 y los 24 meses de vida:

- Se confirman todos los anteriores.
- Ausencia de señalamiento protodeclarativo.
- Los juegos de “hacer como si” están generalmente ausentes.
- Las primeras palabras se utilizan muy tardíamente, lo mismo que las primeras frases y la utilización del yo.
- Miedos y fobias a ruidos mecánicos.
- Manifestaciones de autoagresividad.

Todos estos síntomas y signos toman significación en la relación interactiva del niño con su entorno. Ninguno es por sí solo suficiente y el diagnóstico sólo puede surgir del reagrupamiento de varios de ellos así como de la comprobación de su persistencia en la evolución del niño. No debemos olvidar que las *carencias afectivas* y las *depressiones precoces* pueden presentar una clínica similar pero los trastornos desaparecen si se establecen las condiciones afectivas satisfactorias.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Estudios Bioquímicos

Existe un aumento de la serotonina plaquetaria en el 30-50% de niños autistas, aunque ello no constituye un estigma bioquímico específico del autismo, ya que también se encuentra en niños con deficiencia mental e hiperquinesia.

Hay un aumento significativo de adrenalina y noradrenalina en plasma así como de otras hormonas del estrés como acth y cortisol (S. Tordjman).

Por el contrario, hay una disminución de las beta-endorfinas plasmáticas lo que podría explicar la baja sensibilidad al dolor y las automutilaciones en algunos niños autistas.

Estudios Neurofisiológicos

Alteraciones frecuentes en el EEG y Potenciales evocados auditivos y visuales.

Estudios Genéticos

M. Rutter y Folstein encontraron concordancia en 4 de 11 parejas de gemelos monocigóticos. En 10 parejas de gemelos dicigóticos no encontraron ninguna concordancia.

Ritvo en estudios más recientes obtiene los siguientes resultados: en 23 pares de gemelos monocigóticos, 22 pares son concordantes con el autismo. En 17 pares de gemelos dicigóticos, 4 pares son concordantes y 13 no son concordantes.

Se calcula que 10 a 15 % de niños autistas tienen una condición genética identificable (Gillbert y col., 1996; Rutter y col., 1994), la mayoría de ellas en el cromosoma 15, específicamente en 15q11-q13, la región implicada en los síndromes de Angelman y Prader-Willi.

Estudios de Imagen

En algunos casos de niños autistas se ha descrito en las imágenes de RNM cerebral atrofia de lóbulos del vermix cerebeloso.

Diagnóstico diferencial

Síndrome X frágil: (Está causado por una alteración de los nucleótidos en el gen FMR1 localizado en el cromosoma X).

Síndrome de Rett: Está originado por una mutación en el gen MECP2 situado en el cromosoma X. Recientemente se ha descrito algún caso en varones.

Síndrome de Angelman: (Existe una pérdida del gen UBE3A localizado en el cromosoma 15).

Síndrome de Prader-Willi: Alteración de la región 15q11 del cromosoma 15).

Síndrome de Smitz-Lemli-Opitz: (Presenta mutaciones en el gen DHCR7 situado en el cromosoma 11).

Síndrome de Sotos: (Mutaciones del gen NSD1 del cromosoma 5).

Síndrome de Asperger: (Estos pacientes no presentan las alteraciones del lenguaje del autismo).

Trastorno desintegrativo de la infancia: (Tiene como característica determinante la existencia de un período de desarrollo normal hasta por lo menos los dos años de edad, a partir de ahí se produce una pérdida manifiesta de habilidades psicomotrices que se acompaña de síntomas de autismo).

Síndrome de Landau-Kleffner: (Afasia adquirida y epilepsia).

En agosto de 2004 Gervais et al., publican en la revista *Nature Neuroscience* un trabajo titulado *Anomalías corticales en el procesamiento de la voz en el autismo*. Las reacciones en cadena en los medios de comunicación fueron inmediatas:

Le Figaro (21 agosto 2004): “El cerebro descubre sus secretos”. “El cerebro de los autistas es hermético a la voz”.

Le Monde (24 agosto 2004): “Una anomalía cerebral impediría a los autistas identificar la voz humana”.

Le Quotidien du Médecin (26 agosto 2004): “Áreas cerebrales inactivas para la percepción de la voz, un progreso en la comprensión del autismo”.

La Recherche (octubre 2004): “La voz humana no habla a los autistas”.

Sylvie Tordjman en *Le Carnet Psy* (marzo 2005) publica el trabajo titulado *Resultados de imagen cerebral en el autismo. Su interpretación*. Y nos dice lo siguiente: “Es importante subrayar que las anomalías puestas en evidencia en exámenes neurorradiológicos y electrofisiológicos podrían ser consideradas resultado más bien de factores ambientales que biológicos y no ser la causa directa del trastorno autista, lo que podemos apoyar con los trabajos de Hubel y Wiesel sobre los efectos provocados por una privación visual unilateral en animales de experimentación en períodos críticos del desarrollo, lo que entraña una ceguera del ojo ocluido y alteraciones neuroanatómicas definitivas del cortex visual funcionalmente intacto antes

de la privación visual. Del mismo modo, la falta de estímulos auditivos en períodos críticos del desarrollo provoca alteraciones definitivas de la actividad funcional de áreas del lenguaje con pérdida de la capacidad de discriminación de sonidos y de su reconocimiento y producción.

Es muy difícil determinar si las anomalías cerebrales son causa del síndrome autista o solamente consecuencias consideradas al mismo nivel que el comportamiento autista. En la era del *todo genético* podemos pensar que los estudios de imagen cerebral nos permitirían reasegurar coordenadas y resultados visibles y concretos que aportasen objetividad y control frente a lo que es vivido como incomprensible e incontrolable. Cuanto más avanzada es la tecnología médica tanto más puede agrandar la fantasía de que gracias a ella vamos a poder penetrar en una especie de caja negra que permita comprender y explicar todo. ¿Serán también los estudios anatómopatológicos de necropsias cerebrales, tal como se está practicando en América del Norte, un medio de intentar analizar y ver con el microscopio lo que no se ha podido ver a lo largo de toda una vida en los exámenes macroscópicos? El comportamiento autista sería así reducido a un soporte orgánico sin tener en cuenta el sentido mismo de ese comportamiento”.

Y cuando Sylvie Tordjman le pregunta a André Bullinger acerca de las anomalías orgánicas de la patología autista, éste le responde: “cuando busco el sentido de lo que leo escrito sobre un papel no necesito saber cuál es el análisis químico del papel ni de la tinta”.

Nacemos con un *equipamiento biológico*, decía el Prof. Ajuriaguerra, que va a estar interrelacionado y modelado por los factores ambientales que rodean al niño.

En su obra *Tiempo de cambios* nos dice Rita Levi-Montalcini: “La vida de todo ser humano es el resultado no sólo del programa genético escrito en sus genes, sino también de las condiciones ambientales en las que puede llevarse a cabo este programa. Dichas condiciones influyen más aún que las genéticas

sobre el desarrollo de su vida. Por eso no se pueden prever las penas y alegrías que reserva la vida a cada recién nacido”.

LAS EVOLUCIONES PSICÓTICAS

Las evoluciones psicóticas pueden comprender períodos más o menos largos de estabilización y funcionamiento aceptables que sólo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico precoz y prolongado puede mejorar y afianzar.

Los profesionales tenemos la obligación de establecer con los padres una alianza terapéutica y actuar en colaboración estrecha con ellos. Esta colaboración tiene tres aspectos importantes:

1. Ayuda psicológica parental: Ayudar a los padres en las tareas educativas del niño enfermo, ayudarles a comprender el significado de los trastornos y síntomas de su hijo; esto ayudará a mantener un vínculo de calidad entre los padres, el niño y los facultativos.
2. Sostener y contener a los padres: Ayudarles a encontrar la capacidad de “ilusión anticipatoria” frente a su hijo y permitir a los padres, en especial a la madre, encontrar cierta “restauración narcisista” y reinvestir sus propias capacidades maternas.
3. Trabajo terapéutico directo con los padres.

La construcción de la personalidad en el niño no es un proceso lineal, es un proceso lleno de avatares, de momentos vulnerables, de conflictos evolutivos, de traumas (unos necesarios e inevitables, otros patógenos e innecesarios). En el transcurso de su creación la personalidad del niño atraviesa momentos de re-modelación, de re-organización, difíciles para él si el medio en el que se desenvuelve no le comprende y ayuda.

También la personalidad sufre heridas que han de ser compensadas para que el niño pueda seguir adelante. Serían las “cicatrices” que deja el desarrollo de la personalidad y que hay que saber reconocer para emprender luego con mucho cuidado la labor terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, E.J., Chililand, C., Koupernik, C.: *L'enfant vulnérable*, Paris PUF, col. "Le fil rouge", 1982.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV-TR), Barcelona, Masson, 2002.
- Caparrós N.: *Ser Psicótico. Las Psicosis*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004.
- Cobo Medina, C.: *La locura en la infancia. La personalidad psicótica*, Simposio español de pediatría social, Tenerife, 1981.
- Ferrari, P.: *El autismo infantil*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2000.
- Ferrari, P., Epelbaum, C.: *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, París, Médecine-Sciences Flammarion, 1993.
- Kreisler, L.: *Pédiatrie et psychiatrie de l'enfant: l'enfant malade*, en Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M.: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2.^a ed., vol. 1, Paris, PUF, 1995.
- Lang, J.-L.: *Introducción a la psicopatología infantil*, Madrid, Parainfo, 1985.
- Levi-Montalcini, R.: *Tiempo de cambios*, Barcelona, Península, 2005.
- Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garra-bé, J., Golse, B., Jeammet, P., Plantade, A., Portelli, C., Thevenot, J. P. (2002): Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002; 50: 1-24.
- Organización Mundial de la Salud, Clasificación multiaxial de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid, Editorial médica panamericana, 2001.
- Parker, S., Zukerman, B.: *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Barcelona, Masson-Little, Brown, 1996.
- Tordjman, S., (2005): Des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme à leur interprétation. *Le Carnet PSY*, 97, 24-26.
- Tustin, F.: *Estados autísticos en los niños*. Barcelona, Paidós, 1987.

YO PREFIERO TENER PELO*

María Esther Díaz Rodríguez**

Resumen: Pedro es un niño de 10 años remitido por la dermatóloga por presentar calvas de 2 cm. en zonas fronto-parietales y occipital, de 4 meses de evolución. Han descartado organicidad en su aparición. En los estudios sobre la alopecia se recogen distintas variables comunes a todos los casos clínicos. En este caso también aparecen, pero con la singularidad de su historia personal, que va a marcar su evolución.

Palabras claves: Hijo, padres, separación, diferenciación.

1. PLANTEAMIENTO

A la primera consulta lo acompañan sus padres. Él se sienta en medio de ambos, pero el padre lo desplaza y se coloca al lado de su madre.

La calva occipital prácticamente está cubierta de pelo, y está comenzando a salirle en las fronto-parietales.

El padre dice que no sabe cómo le repercutió la enfermedad de la hermana, diagnosticada de diabetes hace 6 meses, cuando los hijos estaban de vacaciones en Málaga con los abuelos maternos.

* Comunicación libre presentada en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYNA) que bajo el título "Relaciones cuerpo-mente: Manifestaciones psicósomáticas en la infancia y la adolescencia" tuvo lugar en Ibiza del 12 al 14 de octubre de 2006.

** Psiquiatra-Jefa de Sección Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" – A Coruña / SERGAS (Servicio Galego de Saúde).

Dos meses después le cayó el pelo a Pedro.

La madre añade que ella empezó a trabajar hace 2 años, antes estaba siempre con él, y ahora poco... Siempre ha sido un niño callado, introvertido, con tics, que tiende a enroscar el pelo con el dedo, donde después se le ha caído.

Ha bajado el rendimiento escolar, no le apetece ir como antes al colegio. Retraído siempre, pero con buena relación con los compañeros.

El padre dice y la madre lo secunda, que probablemente le haya venido grande el Conservatorio, empezó este curso por las tardes, a iniciativa de los padres ya que la hermana también va.

Tiene dificultades de concentración, suspiros, inquietud, pocas ganas de comer, bruxismo...

Al venir a la consulta esperan saber por qué le ha caído el pelo, dice la madre, y cómo está él, sobre todo esto, porque el pelo le está saliendo.

El *padre* tiene 42 años, trabaja como vigilante, a turnos, está fijo. Su familia, los padres, viven en el mismo edificio que ellos. Es el mayor de dos hermanos. El hermano vive y trabaja en una provincia cercana.

La *madre* tiene 38 años, trabaja desde hace 2 años como coordinadora de una plataforma comercial. Tiene un contrato temporal. Es natural de Málaga, allí viven sus padres y hermanas, ella es la mayor de tres.

Pedro es el menor de dos hermanos. La mayor, *Valeria* de 11 años, estudia 6.º de Primaria, la describen como una persona con mucho carácter, impulsiva, "un puro nervio", "en actividad desde que nació", dice la madre. Piensa ésta que se ha tomado bien el diagnóstico de diabetes, ya que hay antecedentes en las dos ramas familiares, y está acostumbrada a ver a la abuela con la insulina. Estuvo 2 semanas ingresada y se lo tomó mejor que otros niños con el mismo diagnóstico, según les dijeron los médicos. De todas formas les han dicho que estén atentos por si necesitara asistencia psicológica.

Pedro estudia 5.º de Primaria, en el mismo colegio que la hermana. El rendimiento escolar es medio-alto de siempre; ha bajado mucho este curso suspendiendo tres asignaturas en la primera evaluación. Va a natación, taekwondo, y al Conservatorio Superior de Música, donde estudia lenguaje musical y saxofón.

De mayor le gustaría ser arquitecto; el padre tiene un programa de planos en el ordenador, que le gusta mucho (se emociona cuando lo cuenta y la madre le coge la mano).

Su edad preferida serían los 14-15 años porque ya se es mayor. Prefiere ser chico porque las chicas son las que soportan el embarazo, dice, y limpian la casa.

Como deseos, tener magia y ya se puede tener todo. Volar, tener dinero, no morir de hambre, el más rico del mundo, ser el más feliz. Le gustaría saber cómo es eso de poder volar, como si se tuviese alas.

Respecto a los síntomas, explica que le dijeron que le estaba cayendo el pelo, aquí el padre le recuerda que le quedó el pelo en la mano al enroscarlo. Su respuesta en tono de enfado es que no se acuerda. No le parece nada bueno lo que le está pasando, debió ser “el nervio”, es lo que le dice todo el mundo, porque él no se lo nota.

El padre añade, que lo curioso es que la pediatra, la primera vez que lo llevaron, lo achacó a la maquinilla de cortar el pelo. Desde pequeño ha querido ser arquitecto y pregunta si esto no es un problema.

Y la madre añade que desde pequeño, desde que empezó a hablar, repetía las palabras 2 ó 3 veces, y todavía mantiene esto por temporadas.

Pedro es un niño con el aspecto físico de su edad, tenso, expresión asustada, colaborador, espontáneo por momentos, próximo y directo en todo lo que expone. Las ideas que expresa son claras y concretas. Buen contacto. Lo que no entiende de lo que se le dice a él o a los padres me lo pregunta directamente. Se emociona, cuando los padres y más tarde él,

hablan de lo que le pasa, cuando explica lo que quiere ser de mayor, cuando la madre cuenta que repite las palabras, pero él niega esta emoción.

Se le propone a él y a los padres consultas terapéuticas para trabajar su individuación, para que se haga cargo de lo que le gusta, que no sea algo que le venga dado en función de la hermana o de los padres, que se ponga en marcha su deseo. Que pueda reconocer y expresar sus emociones y afectos.

2. NUDO

En los distintos estudios sobre la alopecia se recogen distintas variables comunes a todos los casos clínicos.

En el caso de Pedro es una alopecia de aparición tardía, no son las más frecuentes, en el período de latencia próxima a la adolescencia.

Suele haber un suceso traumático desencadenante. Podríamos pensar en el impacto emocional del ingreso de la hermana y el diagnóstico de diabetes, con el consiguiente cambio en el modo de vida familiar.

La repercusión hace pensar que estos hechos producirían una desorganización en la más o menos frágil o fallida imagen corporal que el niño había ido construyendo.

Aparece patología psicósomática asociada y un alto porcentaje de problemas psicósomáticos en la familia. En este caso desde pequeño tiene bruxismo por temporadas. El abuelo paterno y la abuela materna son diabéticos. La madre y tías maternas son alérgicas a las gramíneas.

Es habitual una disminución del rendimiento escolar, está presente y no le apetece estudiar ni ir al colegio, junto con una exigencia interna que le lleva a sentimientos de frustración.

Dentro de la constelación familiar, suele aparecer una madre con manifestaciones depresivas en los primeros años de vida del niño. La madre de Pedro describe sus primeros años en A Coruña como difíciles, lejos de su familia (padres y her-

manas), sobre todo el primer año de su hijo, la hija era muy pequeña, y le costó hacerse cargo de los dos niños. De hecho, el que el hijo haya controlado esfínteres al año, me hace pensar en la madre, probablemente desbordada, que trató de hacer el control de esfínteres al mismo tiempo con los dos hijos.

Y aparecen padres, que presentan dificultad de individuación a lo largo de su historia, con angustia ante la soledad y necesidad de una presencia constante de la familia. En este caso, los abuelos paternos viven en el mismo edificio.

Y la madre, entre las posibles causas de la enfermedad de su hijo, habla de que ella empezó a trabajar hace dos años y hasta entonces estaba siempre con él, lo cual me hace pensar en una identificación de esta madre con su hijo, por las dificultades de ella misma para separarse.

Los padres de Pedro tienen dificultad para reconocer su individualidad. Quiere ser arquitecto, el padre tiene un programa de planos, quiere ser como él pero diferenciándose, y el padre pregunta si no es raro que lo diga desde pequeño; lo mismo cuando dice claramente que quiere ser un chico, la madre trata de aclarar lo que dice.

En los niños con alopecia también suele ser necesaria una presencia continua de la familia, una conexión que los proteja contra la desorganización. Esto hace pensar en la inquietud que le crea a Pedro que no lo pueda acompañar la madre a alguna de las consultas.

3. DESENLACE

Al comienzo hablaba de la singularidad de su propia historia y la influencia en su evolución. En definitiva, de la singularidad de cualquier historia personal.

Desde la primera consulta quedó claro que se podía trabajar con los padres. Que hubiesen empezado a pensar qué le podía estar pasando a su hijo, ayudó a que se pudiera contener el nivel de angustia familiar, por tanto que Pedro se sintiera

menos desbordado, y que le hubiese empezado a salir el pelo cuando se iniciaron las consultas. Y ha contribuido a que haya tenido una evolución tan favorable. Como se sentaron fue buena señal también.

Él quiere hacer magia, volar, ser él. Y que repita las palabras puede ser entendido como un reaseguramiento personal.

En su funcionamiento psíquico tiene un yo diferenciado, se expresa bien, es claro, concreto, tiene una secuencia del tiempo y el espacio clara. Pero los mecanismos de defensa que utiliza son predominantemente primarios. Mantiene aspectos omnipotentes del yo ideal, pero aparecen también elementos característicos del ideal del yo y del superyo. Lo que hace pensar que tiene capacidad para organizarse.

Se trata de ayudarle a diferenciarse psíquicamente de las figuras parentales, a que vea cuál es su espacio, con qué recursos psíquicos cuenta como persona, y elija lo que quiere de todo ello para que pueda enfrentarse a las elecciones que le surjan en la vida.

El trabajo con él y con los padres supone dar paso a la alteridad de Pedro.

Han pasado 5 meses desde la primera consulta.

Las calvas están completamente cubiertas, y él nunca ha hecho mención de su pelo.

Ha desaparecido la expresión asustada de su cara.

Ha crecido mucho físicamente, pero ni él “a lo mejor es que se han encogido los pantalones”, ni la madre (se fija cuando lo menciono), lo habían apreciado y valorado.

La madre se muestra ambivalente. Lo ve cada vez mejor, muy autónomo, con amigos propios, ya que antes andaba con los de la hermana, pero no se da cuenta del crecimiento externo.

En él aunque no vea el cambio/crecimiento físico, sí se produce éste y puede además expresar y plantear lo que quiere, no se somete tanto.

Cuando acordamos las fechas de las citas, expresa espontáneamente cuándo le viene mejor, y acaba siendo un acuerdo entre ambos. Queda de manifiesto que ha empezado a poner en juego algo de lo que a él le apetece, pero aún se relaciona conmigo a través de su madre, prefiere que lo acompañe ella.

El próximo curso quiere ir a balonmano, lo ha planteado en casa y lo han aceptado. Respecto a seguir o no con sus estudios de música dice estar en dudas, no le ha dicho nada al padre, a él le gusta que vaya, porque le gustaría tocar la guitarra y no tiene tiempo a ir a clases. Sonríe, cuando le digo que tienen mente, cuerpo y por tanto brazos y manos distintos cada uno, en definitiva, que tiene un espacio distinto al de su padre.

En la última consulta realizada, viene con el pelo completamente rapado, se lo ha cortado el padre como es habitual. Él se rapa y al hijo también. Explica Pedro que su padre se acostumbó cuando trabajaba en Málaga por el calor, y añade “yo prefiero tener pelo”.

Recordar que el rasurado del pelo constituye un modo de castigo y de torturas psicológicas, y en el inicio de la vida religiosa, la adquisición de una nueva identidad sin nombre. Y que hay un dicho popular que acompaña a un castigo: “Se te va a caer el pelo”.

Ahora que le ha salido todo el pelo, le pregunto por qué cree que se le cayó hace meses; lo piensa un rato y dice que por la máquina que utiliza el padre para cortárselo, supone que en las partes que le cayó fue porque le quedó enganchada la máquina, tiró ésta del pelo y se lo arrancó.

En este intento de reelaborar la vivencia de la enfermedad con el fin de situarla en su historia personal y familiar, parece que la sitúa en el registro de la culpabilidad, como si procediera de una falta y materializara el castigo.

Y esto lo enlazo con que al padre le quedó grabado lo dicho por la pediatra sobre el corte como causante de la alopecia de su hijo, con la relación dual con la madre... en definitiva

el narcisismo, las identificaciones secundarias, el Edipo, en los padres y en el hijo, que daría para un desarrollo mucho más extenso de lo que permite esta comunicación.

La madre este último día viene con una crisis alérgica, le preocupa que hace una semana la hija tuvo que ingresar con una hiperglucemia durante dos días, y teme que le afecte al hijo como hace unos meses y le caiga de nuevo el pelo. Pero Pedro tiene más organizado su aparato psíquico que hace nueve meses, cifra simbólica que posibilita un nacimiento y el comienzo de la vida propia.

Por último, decir que conforme avanza la organización del aparato psíquico del niño, la imagen corporal narcisista, la representación imaginaria que tiene de sí mismo, entra en un orden relacional simbólico. Y en ello seguimos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, D. (1987): *El yo piel*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- BLEICHMAR, S. (1999): *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- KREISLER, L. (1985): *La desorganización psicósomática en el niño*. Barcelona. Editorial Herder, S.A.
- KRIESLER, L. / FAIN, M. / SOULÉ, M. (1977): *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- MENDOZA, E. (1984): *La alopecia en la infancia: a propósito de cuarenta y tres casos*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, n.º 11.
- MENDOZA, E. (2006): *Psicósomática de la piel: a propósito de un caso de tricotilomanía y alopecia*. Revista de Psicoterapia y Psicósomática, n.º 51.
- NASIO, J. D. (1996): *Los gritos del cuerpo*. Barcelona. Paidós.
- USOBIAGA, I. (2002): *Criterios de gravedad en psicósomática*. Revista de Psicoterapia y Psicósomática, n.º 49.

ASPECTOS SOMÁTICOS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL EN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO*

Abdón Montserrat i Aguadé**

Ésta es una presentación de algunos datos sobre la patología somática de los niños y adolescentes atendidos en nuestro servicio que es la *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil de la Fundació Hospital Sant Pere Claver (UPPIJ-FHSPC)*. Quisiera, sin embargo, fijar la atención sobre las dificultades acontecidas durante la realización del estudio, ya que creo que éstas pueden ser tanto o más motivo de reflexión que los propios resultados.

De las primeras visitas realizadas durante el año 2005 se han estudiado todos los casos en los cuales el *Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)* ha indicado como tratamiento psicológico psicoterapia psicoanalítica, y además esta indicación ha sido confirmada desde la *UPPIJ*. Se trata de 49 casos.

Por las características de nuestro servicio, los pacientes quizás serían representativos de una gravedad clínica intermedia, psicológicamente con una parte sana suficiente como para ser tratados en el contexto de la terapia breve (un año), y que, por otra parte, no son casos con una psicopatología fundamentalmente reactiva, que, pueden resolverse con un abordaje más puntual desde el *CSMIJ*.

* Comunicación libre presentada en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "Relaciones cuerpo-mente: Manifestaciones psicósomáticas en la infancia y la adolescencia" tuvo lugar en Ibiza del 12 al 14 de octubre de 2006.

** Psiquiatra. Correspondencia mail: Abdón@tinet.org

Las edades van de los 5 a los 19 años, estando más representada la población infantil que la juvenil. La no-distinción de estos dos subgrupos resta homogeneidad a los datos, dada la especificidad de cada uno de estos subgrupos. De hecho existe especificidad en la expresión psicósomática en cada franja de edad. Hay que decir que introducir estas divisiones reduciría mucho el tamaño de las muestras, dificultando de esta manera la posible comprobación estadística de los resultados.

La información se ha obtenido a partir de una base de datos que vamos elaborando en el equipo, en el contexto de un intento de sistematizar y clasificar la información clínica desde una perspectiva psicodinámica. En estos momentos, esta tarea se está iniciando, y de momento puedo presentar datos referentes más a aspectos psiquiátricos que a aspectos psicodinámicos. Otra parte de los datos tiene un origen más “administrativo” y han podido ser aprovechados ya que a este nivel la sistematización de la información es más completa.

De un total muestral de 49 casos se han hecho dos grupos, uno de 22 casos con patología somática relevante y uno de 27, sin ella.

La patología somática se ha agrupado de la siguiente forma, a partir de los datos obtenidos en el estudio: Procesos de hipersensibilidad (alergia), quejas por somatización, problemas de salud congénitos (no graves), disfunciones fisiológicas de origen psicógeno y en el apartado de otros: un caso de tumor infantil.

Respecto a los procesos de hipersensibilidad o alergias se detectan 6 casos:

- Aparecen 5 casos de somatización.
- 8 casos de problemas de salud congénitos.
- En 4 pacientes se detectan disfunciones fisiológicas de origen psicógeno.
- El total resulta 24 y no 22, ya que hay dos casos que están representados en dos categorías diferentes simultáneamente.

Revisando la literatura, resulta difícil encontrar datos con los que comparar los citados. Quizás simplemente citar que Pedreira y cols., en el 1996 encuentran un 12,5 por ciento entre los niños que acuden a consulta de atención primaria de somatizaciones. En general, se acepta una prevalencia de somatización del 11 % de los niños y el 15 % de las niñas. Estos datos no difieren de las cifras de quejas por somatización encontrados en este trabajo, aunque hay que señalar que nuestra muestra tiene características de selección diferentes y, por supuesto, es mucho menor.

En el total de la muestra se estudian las siguientes variables: edad, género, psicopatología predominante (no según ninguna clasificación prefijada, sino que, como en el caso de la patología somática, a partir de los resultados obtenidos en la muestra), desestructuración familiar grave (separación de la pareja o desaparición de uno de los progenitores) y continuidad o no del tratamiento psicoterapéutico.

De los 8 casos de problemas de salud congénitos, 7 presentan la psicopatología predominante de ansiedad. Esta ansiedad aparece en un *continuum* que va desde formas más simples de ansiedad a otros casos donde aparecen organizaciones fóbicas incipientes.

Sería interesante poder ver en cada caso de qué forma la particular relación del niño enfermo con su cuerpo (agresiones, por la propia enfermedad y por los tratamientos, de forma confusa) y respecto a su entorno (cambios a nivel social y familiar, sentimientos de diferencia), puede actuar como generadora de dicha ansiedad.

Hay que recordar, sin embargo, que el padecimiento somático puede ser la expresión de un conflicto psíquico. ¿Podría ser una etiología a tener en cuenta incluso cuando como aquí estamos tratando de enfermedad somática ya presente en el momento de nacer?

Ésta sería una de las observaciones que destacaría de los datos que presenta el estudio, en este caso en la comparativa dentro del grupo con patología somática.

En el análisis entre los dos grupos aparece:

- Que no hay relación entre género y presencia o no de patología somática. Tampoco entre ésta y desestructuración familiar grave.
- Que los pacientes afectados de patología somática no presentan peor adhesión al tratamiento (probablemente porque los déficits de simbolización afectan, en los casos atendidos por nuestro equipo, de forma parcial y no al conjunto de la personalidad).

Quizás si se apunta una cierta relación entre patología somática y edad, siendo la media de edad de los pacientes con este trastorno psicosomático de 11,6, y la media en pacientes sin él de 13,1.

Esto podría estar relacionado con el hecho de que el niño pequeño tiene menos recursos con los que expresar el malestar además de la vía de expresión somática.

También pudiera ser que los niños con síntomas somáticos presentaran una psicopatología más grave que originara intervenciones más precoces. Esta posibilidad es apuntada, en nuestros datos, por el hecho de que los niños/as con trastornos somáticos reciben más psicofármacos que el otro grupo.

Refiriéndonos a esta relación entre patología somática y edad, haciendo una agrupación de las edades en una tabla de contingencia 2 por 2 y aplicando el estadístico chi-cuadrado, las diferencias, sin embargo, no resultan estadísticamente significativas.

El hecho ya comentado de que en nuestra muestra se prescriba más medicación a los pacientes con trastorno psicosomático con respecto a los que no lo presentan sería la tercera posibilidad sugerida por nuestro estudio. Más concretamente, en el subgrupo de trastorno psicosomático hay 14 casos que no reciben medicación y 8 que sí, mientras que en los que no tienen este tipo de trastorno hay 22 casos que no reciben medicación y 5 que sí. Para comprobar la relevancia estadística de estos datos se ha realizado una prueba de chi-

cuadrado, pero tampoco demuestra aquí que las diferencias sean estadísticamente significativas.

Además, la gravedad es un factor que incide en el momento de tratar farmacológicamente o no, pero no se pueden descartar otros factores, como un tipo de atención más medicalizada, a veces desde el inicio, en los pacientes con trastornos físicos.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Las dificultades respecto a tamaño y posibles sesgos de la muestra, aspectos cualitativos de los datos de difícil categorización (por ejemplo asignación o no a una determinada agrupación nosológica), la difícil inferencia causal en fenómenos plurietológicos, sugieren lo siguiente:

- Las correlaciones clínicas apuntadas a nivel descriptivo quedan abiertas a la discusión, pero no han sido corroboradas desde el punto de vista estadístico.
- Dada el tipo de población que atendemos en nuestro servicio y el tipo de abordaje que realizamos, la extrapolación a población general e incluso a población con trastorno mental resulta difícil. Precisaríamos tamaños muestrales superiores, que quizás puedan obtenerse más fácilmente desde la atención primaria infanto-juvenil en salud mental y especialmente desde la atención primaria infanto-juvenil.
- La investigación en un equipo especializado como el nuestro tiene que poderse centrar en aquellos aspectos más genuinos y específicos de nuestra tarea habitual (como por ejemplo: alrededor de conceptos como la focalización de la psicoterapia o la eficacia de los tratamientos que realizamos).

Por este motivo precisamos que continúe la tarea ya iniciada de sistematización y homogeneización de la información clínica desde la vertiente psicoanalítica, como

base para futuras investigaciones y como mejora de nuestro trabajo terapéutico.

- Por otra parte, las herramientas metodológicas “estándar” (que serían las usadas en este trabajo) son ampliamente conocidas. Como inconveniente, reflejan con dificultad aspectos que pretendemos describir en el ámbito clínico psicodinámico. En cambio, otras herramientas poseen una especificidad mucho mayor, aunque lógicamente requieren más formación para su aplicación e interpretación. Tal sería el caso, por ejemplo, de la KPDS (Kleinian Psychodiagnostic Scale) desarrollada por Aguilar y cols.

PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL EN UN CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES*

Raquel Gude Sañas** y Ricardo Fandiño Pascual***

Según la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor 5/2000, el internamiento en un Centro Terapéutico de Menores se define del siguiente modo:

“Las medidas de internamiento terapéutico, se prevén para aquellos casos en que los menores, ***bien por razón de su adicción al alcohol o a otras drogas, bien por disfunciones significativas de su psiquismo***, precisan de un contexto estructurado en el que poder desarrollar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado.”

La intención de esta comunicación es la de esbozar una propuesta de funcionamiento de Centro Terapéutico para Menores de Reforma, desde un punto de vista clínico. Para ello hemos articulado nuestra presentación en tres bloques:

- Claves de la Intervención.
- Datos Estadísticos.
- Caso Clínico.

* Comunicación libre presentada en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título “Relaciones cuerpo-mente: Manifestaciones psicósomáticas en la infancia y la adolescencia” tuvo lugar en Ibiza del 12 al 14 de octubre de 2006.

** Psicóloga raquirachopa@hotmail.com

*** Psicólogo rifanpa@hotmail.com

1. CLAVES DE LA INTERVENCIÓN EN UN CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES DE REFORMA

Recursos Clínicos:

- Evaluación/Valoración.
- Seguimiento: Informes y Registros.
- Psicoterapia.
- Farmacoterapia.
- Plan de Intervención Familiar (Entrevistas, salidas, visitas, etc.).
- Intervención en Crisis.
- Coordinaciones Clínico-Educativas.
- Supervisiones Tutores.
- Programas de Habilidades Sociales y Reestructuración Cognitiva.
- Musicoterapia y Arteterapia.

Área Educativa:

- Educación Formal.
- Educación No Formal.
- Vida Cotidiana.
- Ocio y Tiempo Libre.
- Salidas Educativas y Recreativas.

Área de Formación e Inserción Laboral:

- Creación de itinerarios personalizados de inserción.
- Coordinación con recursos externos al centro.

Educador-Tutor (Acompañante terapéutico):

- Ofrecer al adolescente contención.
- Enseñar a controlar el comportamiento.
- Ayudar al joven a decidir.
- Ayudar a desplegar su capacidad creativa.

- Facilitar al joven una mirada más amplia de su mundo objetivo.
- Generar espacios para pensar.
- Ayudar al adolescente a paliar la distancia entre el espacio social real, y el espacio social que él fantasea.

Herramientas de Trabajo a nivel dinámico

La relación transferencial/contratransferencial: Hace referencia a aquello que el menor “siente” por el tutor, lo que proyecta sobre él (transferencial), y aquello que el tutor “siente” sobre el menor (contratransferencial).

Se deberá de tener en cuenta a la hora de trabajar en dos sentidos:

- Como elemento de comunicación, que puede ser muy masivo en pacientes con mayor grado de perturbación.
- Como elemento de distorsión cognitiva.

Lo transferencial deberá de ser trabajado con el menor en las tutorías, previa supervisión, siempre y cuando sea posible.

Lo contratransferencial podrá ser analizado en las supervisiones individuales y en las coordinaciones.

La interpretación: Hace referencia a la problemática subyacente, aquella que no es evidenciada de forma directa por el menor, que en ocasiones “hace” o “dice” para transmitir un mensaje no explícito. Es una cuestión de experiencia y establecimiento de vínculo terapéutico entre el tutor y el menor, poder “interpretar” al joven el “verdadero” sentido de su mensaje. Cuando se hace de forma acertada puede ser muy dinamizador y posibilitar una mayor comprensión por parte del menor, de qué es lo que le sucede.

La atención flotante: Con atención flotante nos referimos a una actitud durante la entrevista, que deje un gran espacio para la verbalización del menor. Si bien en ocasiones hay que “dirigir” las tutorías, en otras valdrá la pena escuchar al menor

de forma más “libre”, manteniendo la distancia suficiente para simultanear la comprensión de “qué es lo que nos dice” y “qué es lo que nos quiere decir”.

Supervisión:

Generar un espacio para “pensar” sobre el menor, a partir del vínculo que establece en la relación tutor-menor.

Se comparte información con el equipo clínico, alguna de ella que por su grado de intimidad, y su carácter no relevante para el conjunto del equipo, no será tratada en las coordinaciones.

Se reciben pautas específicas para la relación tutor/menor.

Trabajar aspectos transferenciales / contratransferenciales.

Coordinación:

Dar información del menor que el tutor considera de relevancia para el resto del equipo.

Consensuar pautas de trabajo con el menor.

Recibir información del resto del equipo sobre el menor, que ayudará al tutor a superar las posibles distorsiones cognitivas que genera la relación de vínculo con su tutelado.

Herramientas de Trabajo a nivel cognitivo

Será muy importante trabajar la reestructuración de pensamiento, sus ideas irracionales, sus distorsiones cognitivas. En este trabajo es fundamental evitar la confrontación directa entre “el punto de vista” del menor, y “el punto de vista” del tutor. Se trata de ofrecerle alternativas. De ampliar su visión.

El uso de la “libreta” como instrumento de comunicación, entre el menor y el tutor puede ser muy útil en aquellos menores que cumplan unos mínimos de capacidad de expresión escrita. Partir de “lo escrito” puede ser clarificador, ya que existe “prueba” de que son cosas que el menor ha dicho y se puede acudir a ella con posterioridad. También el escribir en

intimidad tal vez permita al menor expresarse con mayor confianza.

Con menores cuyos déficit cognitivos hallan alterado su percepción temporal e histórico-vital, será conveniente ayudarles a elaborar breves y esquemáticas autobiografías (lugares, fechas, acontecimientos relevantes), o árboles familiares.

Herramientas de Trabajo a nivel conductual

Seguimiento de Contratos de Contingencias y Economía de Fichas.

Contratos de tutoría: Establecidos entre el tutor y el menor para la consecución de objetivos concretos a corto plazo, condicionando los mismos a la obtención de un número de puntos en la economía de fichas, o a un máximo de Conductas Relevantes Inadecuadas, durante un periodo concreto de tiempo.

En la aplicación de Refuerzos y Castigos tendremos en cuenta:

Utilizar la vía formativa/informativa, previamente a la aplicación de refuerzos y castigos, y con posterioridad.

Facilitar el acceso a refuerzos y castigos “posibles” para el menor.

Personalizar la aplicación de refuerzos y castigos.

Aplicar el castigo sólo como medida terapéutica y educativa.

Aplicar el refuerzo o el castigo contingentemente en la medida de lo posible a la conducta objetivo.

Procurar la estabilidad del refuerzo o castigo. A iguales conductas, iguales refuerzos/castigos.

Atender como objetivos del castigo tanto a la reparación de la falta como a la extinción de la conducta.

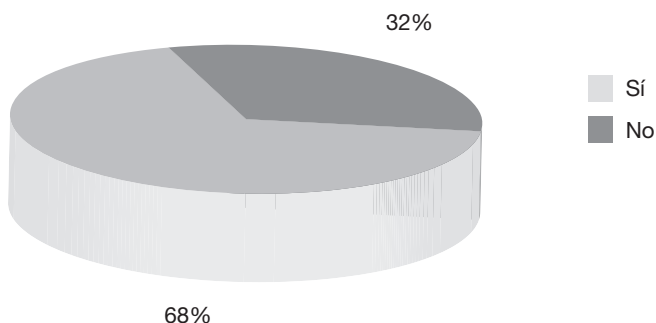
Atender como objetivo del refuerzo el mantenimiento de la conducta.

2. DATOS

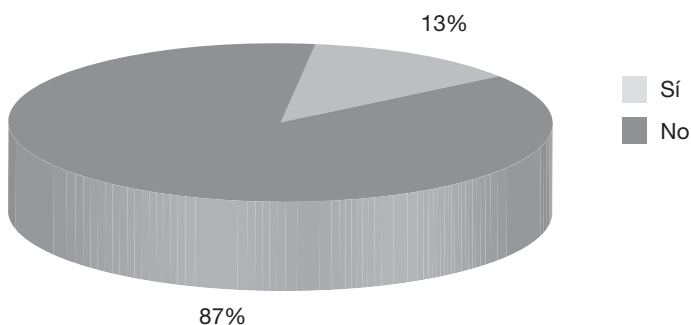
(Muestra de los 81 usuarios del C.A.E. Montefiz¹ desde su apertura en junio de 2001 hasta 2006).

Datos previos al internamiento:

Comisión de actos agresivos graves

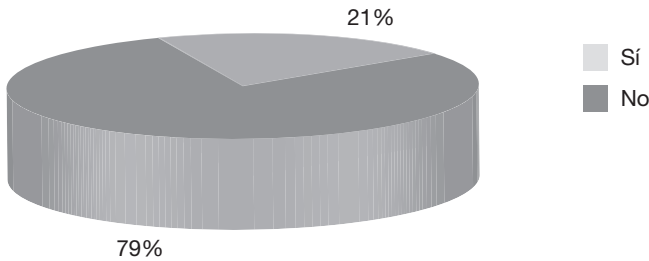


Gestos autolíticos

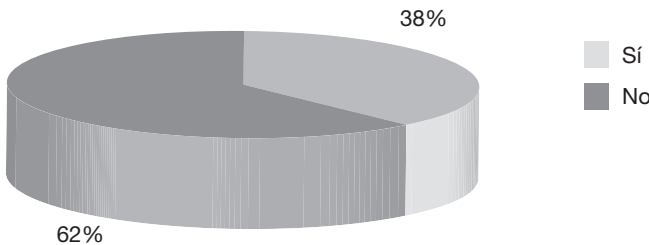


¹ El C.A.E. Montefiz es un Centro Terapéutico de Menores ingresados al amparo de la L.O.R.P.M. 5/2000. Se trata de un centro propio de la Xunta de Galicia ubicado en Ourense y gestionado por la Fundación Internacional O'Belén.

Víctimas de abusos sexuales



Informes previos: Crisis Alucinatorias, Crisis Disociativas, Episodios paranoides

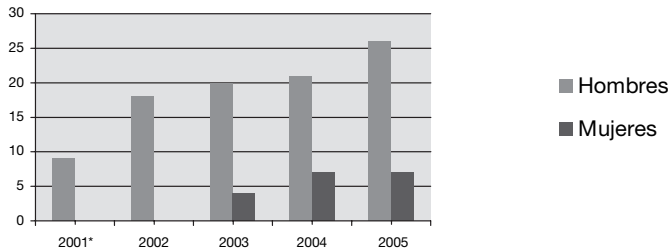


Consumo de Drogas:

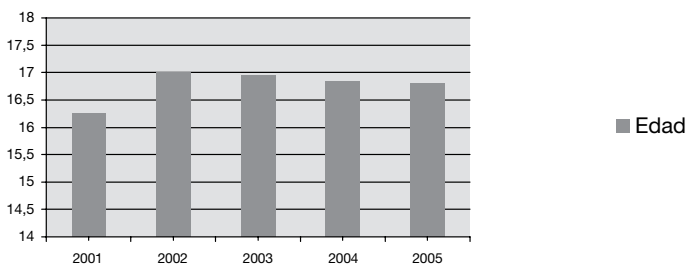
- 69 % - THC
- 58 % - Cocaína
- 37 % - Otras
- 23 % - Heroína

Evolución Usuarios

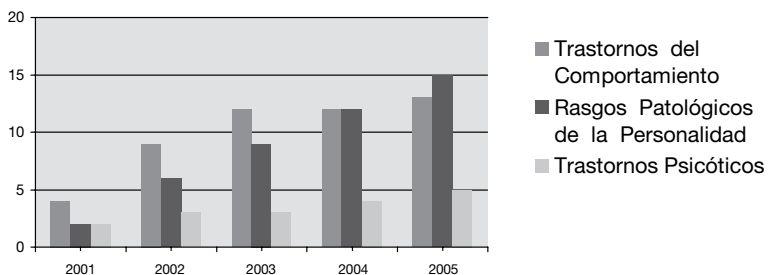
Género:



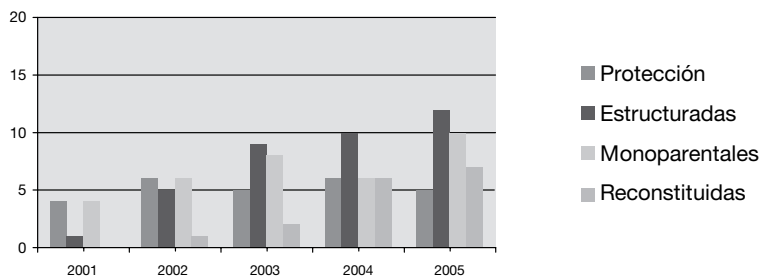
Edad:



Diagnóstico:



Familia:



3. CASO CLÍNICO: UXIA

Datos

Edad ingreso: 16 años.

Tiempo de ingreso: 1 año.

Motivo: Medida judicial.

Delito: Violencia familiar.

Diagnóstico inicial: T. negativista desafiante.

Diagnóstico final: Trastorno límite de la personalidad.

Análisis funcional de problemas

Conducta:

Tendencia a la pasividad, evitando de este modo situaciones que le disgustan y/o intentando provocar a los demás.

Conductas impulsivas y compulsivas: (bulímicas).

Tendencia manipulativa.

Retadora, desafiante e inoportuna en el trato con los demás.

Cognitiva:

Dificultades empáticas.

Alto miedo al fracaso.

Cierta tendencia al pensamiento autorreferencial.

Afectiva:

Ambivalencia afectiva.

Muestra dificultades en el establecimiento de relaciones sociales, ya que tiende a ser muy irritante en el trato con los demás.

Con frecuencia contiene sus expresiones afectivas.

Muestra graves dificultades para admitir pérdidas y elaborar duelos.

Intensos sentimientos de abandono, y de ira hacia figuras de su entorno que considera que le han fallado.

Personalidad:

Fuerte estructura y actitud defensiva tendiendo siempre a protegerse emocionalmente de los demás.

Tendencia a evitar entrar en contacto con partes más depresivas de sí misma, que percibe como muy amenazantes y dolorosas.

Autoestima es muy baja.

No se adapta de forma adecuada al contexto.

Histrionismo:

Se trata de un menor con dificultades para constituir una identidad sólida y suficientemente autónoma de acuerdo a las necesidades que demanda su contexto social y familiar.

Sus mecanismos de defensa dominantes son:

- a) Omnipotencia: A través de la altanería, la temeridad, las ideas sobrevaloradas.
- b) Proyección: A través de la tendencia al actuación, a la suspicacia, la autojustificación.

Intervenciones:

Psicoterapia individual.

Acompañamiento Terapéutico/Educativo.

Farmacoterapia.

HHSS.

Reestructuración cognitiva.

Intervención familiar.

Orientación escolar.

Programa de autonomía.

Fases de la Intervención:

Adaptación contexto: Disminución conductas disruptivas.

Vínculo terapéutico: Conocimiento, aceptación e intervención sobre la problemática.

1.^a Toma de decisiones: Reinserción Familiar.

Crisis: Ruptura Familiar.

2.^a Toma de Decisiones: Proceso de autonomía + Reinserción familiar II

Dispositivos Implicados:

Equipos técnicos de protección de menores.

Equipos técnicos del Juzgado de Menores.

Centro de Menores: Equipo multidisciplinar.

Programa de Pisos de Autonomía.

Técnicos de Libertad Vigilada.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, A.: *Una presencia que da vida*. Ed. Biblioteca Nueva.
- BERNFELD, S.: *La ética del chocolate. Aplicación del psicoanálisis en Educación Social*. Edit. Gedisa.
- DE BOARD, R. "El psicoanálisis de las organizaciones". Ed. Paidós.
- CAPARRÓS, N. y otros: *"...Y el grupo creó al hombre"*. Edit. Biblioteca Nueva.
- DIEGO, F.- "Violeta sí, violencia no". Edit. Rayuela.
- FERNÁNDEZ MOUJÁN, O.: *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Ed. Nueva Visión.
- GAUSACHS, R.: *"Estudios y organización del Centro de Menores Can Rubió: Un modelo de abordaje"*. *"Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes"*. Edit. MAPFRE Medicina.
- GRINBERG, L. y otros: *Introducción a las ideas de Bion*. Ed. Nueva Visión.
- KERNBERG, O.: *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Ed. Paidós.
- KURAS DE MAUER, S. y otro: *"Acompañantes Terapéuticos"* Edit. Letra Viva.
- LAPASSADE, G.: *"Grupos, Organizaciones e Instituciones"* Edit. Gedisa.
- LE BLANC, M.: *"La readaptación de los jóvenes delincuentes"* en *"Trastornos del Comportamiento en Niños y adolescentes"*. Edit. MAPFRE Medicina.
- MILLON, T.: *Trastornos de la Personalidad*. Ed. Masson.
- PEDREIRA, J.L.: *Dispositivos intermedios en el diseño terapéutico: hospitales de día y su orientación psicoterapéutica*. <http://www.psicologia.com>.
- UTRILLA, M.: *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Estudio situacional. Ed. Biblioteca Nueva.
- VALVERDE, J.: *El diálogo terapéutico en exclusión social*. Ed. Narcea.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE UNA NIÑA PREMATURA TRAS 5 AÑOS DE TRATAMIENTO: ANA QUIERE SER UNA PRINCESA*

Susana Villanueva Suárez**

En esta comunicación quiero presentar el caso clínico de una niña prematura que hoy tiene 5 años, donde se aprecia un antes y un después en la evolución de la paciente al producirse un cambio de metodología en la intervención por parte de la terapeuta, que soy yo. La intervención se comienza en un marco cognitivo-conductual y gira hacia un marco dinámico provocado por mi nueva formación dinámica, en concreto el curso de Formación básica y continuada en Psicología evolutiva, Psicopatología y Psicoterapia de niños y adolescentes.

Es mi idea explicar por qué y cómo se produce este cambio. Quisiera reflexionar con los profesionales que trabajamos en el entorno de la salud y de la educación infantil, sobre la prevención y la intervención que realizamos en las familias cuando aparece una variable no esperada en torno al nacimiento del niño o durante su crianza, que produce un desequilibrio y obliga a una reestructuración de la dinámica familiar.

La constitución como individuo se da dentro de una relación afectiva y desde el nacimiento. Es la madre (o figura materna), en su relación con el bebé, la que hace posible que

* Comunicación libre presentada en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA) que bajo el título "Relaciones cuerpo-mente: Manifestaciones psicósomáticas en la infancia y la adolescencia" tuvo lugar en Ibiza del 12 al 14 de octubre de 2006.

** Psicóloga.

el bebé se organice y estructure psíquicamente. Ante ciertos problemas en el embarazo, parto o posparto, la medicina tiene los medios para que ese niño se cure y pueda tener un desarrollo sin secuelas a nivel fisiológico y neurológico. Sin embargo, en el mismo momento del nacimiento y **no después**, comienza el desarrollo psíquico. Deberíamos permitir una intervención psicoterapéutica para facilitar, prevenir y ayudar a crear un vínculo afectivo “suficientemente bueno” madre-hijo desde el mismo nacimiento para evitar patologías, en muchos casos irreversibles, por no haberse podido producir esta relación “suficientemente buena”, como dice Winnicott.

Ana es una niña prematura de 32 semanas de gestación que presentó una infección a nivel cerebral que la mantuvo en la UCI durante un mes. Se la tuvo que entubar durante unos días. Estuvo hospitalizada un total de dos meses. Se piensa que esa infección afectó gravemente su proceso de maduración neurológica presentando retrasos en los hitos evolutivos del desarrollo. El retraso era más importante en la relación empática y en la comunicación.

A continuación destaco algunos puntos importantes que se detectan en la primera entrevista:

Mientras Ana está en la UCI la pueden tocar, pero no la pueden coger hasta que sale de la UCI.

Desde el principio les comunican a los padres la posibilidad de que se muera, de que queden lesiones graves y/o de que pueda sufrir una parálisis cerebral.

Los padres hablan de la angustia que les producía toda la situación. Lo que más les costó, dicen, fue enfrentarse al peligro de muerte.

En un principio, pese a haberse salvado, no les aconsejan atención temprana pues estaba desahuciada. Al cabo de 4 meses, esta opinión, afortunadamente, varía y es derivada a atención temprana.

Entre la pareja existe muy buena relación y comunicación y han podido hablar de sus sentimientos y se han apoyado mutuamente.

Ana tenía 8 meses cuando yo la valoro. Los padres me transmiten que Ana ignora la presencia de los padres. Esto les hace sufrir puesto que ellos dos son muy afectivos. Es a partir de este momento cuando yo comienzo el tratamiento con Ana.

Ana demuestra ser una superviviente. Se esperaba poco de ella. La muerte estaba muy presente desde su nacimiento, algo que posiblemente ella no podía digerir. Es posible que sólo sintiera dolor. Dolor que sentía con los instrumentos y técnicas médicas que luchaban por salvarla. Dolor y miedo que también sufrían su madre y su padre. Posiblemente mirar, abrirse hacia afuera era muy doloroso y para poder vivir, miró hacia su interior y luchó por vivir.

Este miedo a la muerte de su primera hija bien podría haber provocado inconscientemente, un desvestimiento del objeto por parte de los padres para que el sufrimiento, ante lo inevitable, una muerte anunciada, fuera menos doloroso (en un principio).

Sus padres celebran año tras año, el cumpleaños de Ana con dos fechas. El día de su nacimiento y el día del alta y salida del hospital. Se refleja, así, el cambio de vestimiento que hacen en Ana, antes y después de la hospitalización. Se ha dado una asincronía afectiva que Ana siente. Parece que vivió el exterior como algo muy amenazante e intentó defenderse y lo hizo durante mucho tiempo.

Los padres a pesar de lo poco que se les animó son también unos luchadores. Posiblemente la ignorancia de la envergadura de la patología que planteaba Ana les permite continuar.

Durante los dos primeros años, el tratamiento ha sido según un modelo cognitivo conductual. Se buscaba que adquiriese los hitos del desarrollo. Se dio mucha importancia a la relación empática y a la comunicación con la familia. Se comenzó con tres sesiones semanales. Una individual, otra con la madre y otra con el padre. A lo largo de su segundo año, Ana evoluciona, pero siento que en la forma de intervención falta y falla algo y que hay algo más. No es una intervención

del todo activa. Ana funciona como una “robotita”. Había una disarmonía evolutiva importante. El lenguaje empezó a aparecer, pero poco comunicativo y de una forma ecológica. No dejaba de evolucionar, pero no había proceso de separación-individuación. Éramos meras prolongaciones de ella que satisfacíamos sus necesidades. No nos tenía en cuenta. Y yo no tenía en cuenta, todavía, en la intervención, la organización del psiquismo como la entiende el psicoanálisis. Con la nueva formación dinámica, el tratamiento hace un giro y tengo en cuenta el dinamismo psíquico.

Voy a intentar plasmar en tres periodos de juego, que considero muy significativos, cómo ha ido evolucionando su estructuración mental. El encuadre eran dos sesiones individuales por semana, pero cuando se observó el cambio producido tras el primer periodo de juego, los padres solicitaron tres sesiones a la semana.

Primer periodo de juego: Juego del baño (3 años)

Ana descubre que al entrar al baño y encerrarse sola y a oscuras se encuentra muy a gusto. Poco a poco lo asociamos a que después de nacer no quería mirar hacia fuera porque era muy amenazante el entorno y se sentía mejor mirando hacia dentro, a oscuras. Trabajábamos que ella estaba dentro y yo fuera. Poco a poco permitió que entrase un rayo de luz y descubrió al otro.

A partir de este momento apareció el “Yo” y dejó de darse la inversión pronominal. Se ha dado, así, un primer periodo de separación e individuación que la ha ayudado a mejorar su proceso de estructuración.

Segundo periodo: Juego de médicos, juego con bebé y primeros dibujos (Figs. 1, 2 y 3)

Nace su hermano cuando ella cumple 3 años.

Ana empieza un juego de médicos proyectando en el bebé todo su sufrimiento cuando nació, deseando que hubiera sido

su hermano quien lo hubiera sufrido. Pincha en distintas partes del cuerpo al bebé. La garganta y la medicina “naranja” tienen un significado especial para ella. Pongo palabras a los sentimientos de tristeza, dolor reparación que van apareciendo.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Aparece un periodo de confusión de las figuras de: el médico, la policía y su madre. Pasa de uno a otro con bastante facilidad y confusión sin poder diferenciarlos bien. Entiende de alguna forma que los tres protegen, cuidan, limitan, contienen, pero a la vez le impiden satisfacer abiertamente sus deseos.

En este periodo, llora con mucha facilidad ante cualquier contratiempo y manifiesta que se quiere ir a dormir como defensa. Este “dormir” lo asocio con el juego del baño y no querer mirar fuera. Esto lo reafirma ella y le calma mucho.

Comienza una época en la que exige que sea su madre la que le haga todo. Se vuelve muy tirana. Es un año complicado para los padres pues el padre se siente de lado y es siempre el malo de la película. A Ana le cuesta la exclusión. No está preparada para renunciar a nada puesto que ha sufrido mucho y no le ha dado tiempo a recuperar el tiempo perdido.

Tercer periodo: Juego de la princesa. (Figs. 4 y 5)

Con 4 años y medio descubre que quiere ser una princesa. Princesa en casa, en la calle, en el cole. No quiere pensar en



Fig. 4



Fig. 5

las diferencias de la realidad y la fantasía. La realidad ha sido muy dura para ella y quiere ser una princesa. Ana dice: «No quiero ser “como” una princesa, quiero ser una princesa».

El hilo conductor del juego a lo largo de los meses se convierte en que yo soy el príncipe, la despierto con un beso en la mano de su cama y la llevo en carroza al castillo para bailar, casarnos y comer unas veces solos, otras con sus padres que son los reyes y otras con otras princesas (Blancanieves, Bella durmiente, etc.), nunca con su hermano, él no tiene este privilegio.

Ana ha conseguido diferenciarse como individuo. Tiene capacidad para representar la ausencia de la madre, ha desarrollado un lenguaje que le permite comunicarse con una estructura y un vocabulario muy adaptado para su edad. Poco a poco está desarrollando el concepto de temporalidad que le empieza a permitir hacer su historia personal. La triangulación está apareciendo. Se empieza a cuestionar sobre la interiorización de la norma. Es una niña autónoma en hábitos de higiene, y alimentación. Su capacidad cognitiva le permite aprender todo aquello para lo que está motivada.

No ha conseguido todavía tener en cuenta los sentimientos del otro. Esto es algo que le está dificultando para las relaciones con otros niños, pero que en ningún momento rechaza.

Tras estos años de formación dinámica, acompañar a Ana en su maduración y organización psíquica está siendo muy grato. Contener a Ana, ayudarla a separar, diferenciar (fig. 6) y facilitar un proceso de estructuración (fig. 7) y mejoría constantes, no sin momentos de regresión y confusión (fig. 8), y servir de contención de los padres en momentos difíciles, está siendo una labor muy positiva que me ha invitado a compartir este trabajo con otros profesionales.

Este es el monstruo que viene a la noche y quisiera pegarme
en la Baboilla. Tiene forma de bala. El haz negro no me gusta.
El haz de la Bella Dama.



Fig. 6

El castillo del príncipe y la princesa.

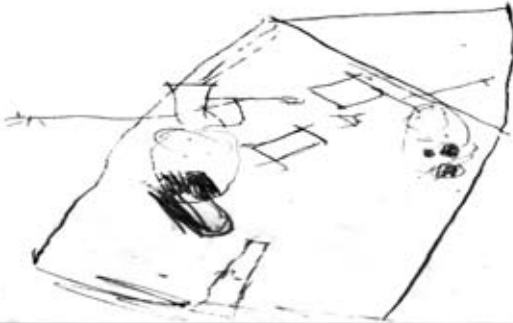


Fig. 7



Fig. 8

BIBLIOGRAFÍA

- BRAZELTON, BERRY; CRAMER, BERTRAND (1993): *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Psicología profunda. Ed. Paidós. Barcelona.
- LEBOVICI, SERGE; DIATKINE, RENÉ y SOULÉ, MICHEL (1990): *Tratado de Psiquiatría el niño y del adolescente. Tomo V*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- MICHELENA, Mariela (2002): *Un año para toda la vida*. Ed. Temas de hoy. Madrid.
- STERN, Donald (1978): *La primera relación madre-hijo*. Serie Bruner. Ed. Morata. Madrid.
- WINNICOTT, Donald (1998): *Acerca de los niños*. Psicología profunda. Ed. Paidós. Barcelona.
- WINNICOTT, Donald (1979): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia. Barcelona.
- KLEIN, M. (1930): *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. En *Obras Completas*, vol. 1. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1994.

LAS VERSIONES DE LA APLICACIÓN DE LA LEY*

María Esther Díaz Rodríguez**
y M.^a Sonia González Bardanca***

Resumen: Cuando la Consellería de Familia tiene la custodia y/o guarda de un menor, otorga éstas en aplicación de la ley, al familiar más próximo que pueda y quiera hacerse cargo. Dando prioridad a la familia sobre otras personas valorada su idoneidad. Partiendo de dos casos clínicos, analizamos “las versiones de la aplicación de la ley”, la desaparición o no de los síntomas que presentan estos niños al acudir a consulta, según los acogedores familiares repitan o no los esquemas de funcionamiento de la familia de origen. Lo “mejor” según la ley, acaba en la práctica a veces siendo “enemigo de lo bueno”.

Palabras Claves: Niño, acogimiento, familia, ley.

Summary: When the regional Government’s Family Ministry holds a minor’s custody and/or safekeeping, and it confers them, pursuant to the enforcement of the law, to the closest relative who is able and wishes to be in charge, giving preference to the family over other people, once its suitability has been assessed. In the daily clinical practice of a Child Mental Health Center, this situation is increasingly more frequent. Starting from two case reports, we analyze “the versions of the enforcement of the law” as well as the disappearance or presence of the symptoms these children show when searching consultation, depending on whether the family minors’ caregivers reproduce or not the dynamic patterns of the family of origin. The “best thing”, according to law, may sometimes result in practice the “enemy of the good thing”.

Key words: Child, caregiver, family, law.

* COMUNICACIÓN REUNIÓN ANUAL AGP (Asociación Gallega de Psiquiatría): “PSIQUIATRÍA Y LEY” -BAIONA, 5-6, noviembre, 2004.

** Psiquiatra-Jefa de Sección Complejo Hospitalario Universitario “Juan Canalejo” - A Coruña / SERGAS (Servicio Galego de Saúde). Correspondencia: María Esther Díaz - medara@eresmas.com.

*** MIR 3.^{er} año de Psiquiatría.

El artículo **173** del código civil referido al **ACOGIMIENTO FAMILIAR**, dice:

- El acogimiento familiar indica la plena participación del menor en la vida de familia e impone a quien lo recibe las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral. Este acogimiento se podrá ejercer por la persona o personas que sustituyan al núcleo familiar del menor o por el responsable del hogar funcional.
- El acogimiento se formalizará por escrito con el consentimiento de la entidad pública, tenga o no tenga la tutela o la guarda, de las personas que reciban al menor y de éste si tuviera doce años cumplidos.
- Cuando fueran conocidos los padres que no estuvieran privados de la patria potestad o el tutor, será necesario también que presten su consentimiento, salvo que se trate de un acogimiento familiar provisional...
- El documento de formalización del acogimiento familiar, incluirá: los consentimientos necesarios, modalidad del acogimiento y duración prevista para el mismo y los derechos y deberes de cada una de las partes, y en particular: la periodicidad de las visitas, el sistema de cobertura por parte de la entidad pública o de otros responsables civiles de los daños que sufra el menor o de los que pueda causar a terceros, la asunción de los gastos de manutención educación y atención sanitaria.

Roberto y Pablo son dos niños de 6 años que acuden a consulta por presentar síntomas regresivos: enuresis nocturna, tendencia a dormir con adultos, les dan de comer, los visten. Se pelean con sus compañeros de colegio, tienen un rendimiento escolar inferior al propio de su edad, escaso contacto con niños, y las relaciones están centradas en el ámbito familiar.

Pero vamos a ver cada caso por separado.

Roberto ha estado ingresado en Centros de Menores desde los 11 meses de edad. La madre, de 19 años, tenía casi 13 años cuando se quedó embarazada y nunca ha dicho quién es el padre. Los padres de ella no se dieron cuenta del embarazo hasta los 7 meses del mismo.

Los abuelos tienen 8 hijos, de los cuales, 5, han estado tutelados por Menores, incluida la madre, de hecho madre e hijo durante un tiempo compartieron habitación en el mismo Centro.

Les fue retirada la tutela al ingresar en prisión, durante años, ambos, por delitos relacionados con las drogas. Al concederles el tercer grado se inicia el acercamiento familiar por parte de las instituciones encargadas de este tipo de trabajo.

En el momento en que acude a consulta remitido y a petición de su profesora, llevaba 3 meses conviviendo de forma estable con los abuelos maternos (45 años) y 4 tíos de: 16, 12, 10, y 9 años, en régimen de acogimiento. Antes, sólo en las vacaciones y cuando estaba enfermo permanecía en casa de ellos.

La abuela se encargó de la crianza desde el principio. La madre nunca se ocupó de él directamente, actualmente tiene pareja con la que vive, y está embarazada.

Para la abuela hay una relación directa entre las visitas arbitrarias de la madre y los síntomas de su nieto.

Para la profesora tiene que ver con la situación familiar general, de hecho el tío mayor de la casa ha tenido ya algún problema con la ley.

La abuela se muestra pasiva en la entrevista, hay que preguntar reiteradamente, aporta pocos datos. Hay un desconocimiento significativo de la historia evolutiva de su nieto. Contradictoria en lo que relata.

Contrasta con la actitud de Roberto, receptivo y colaborador. Callado y poco activo con la abuela delante, a solas se muestra espontáneo, busca el contacto con el terapeuta. Aporta muchos datos. Se muestra interesado por aspectos de la consulta y vida diaria preguntando sobre los mismos. Claro en sus afirmaciones, mira directamente a los ojos al hablar,

mantiene el encuadre de la consulta, eutímico, capacidades cognitivas medias.

Nombra como madre a la abuela y hermanos a los tíos, esto es consentido y estimulado en la familia.

Pasa la mañana en el colegio y come en otro, la tarde en casa viendo Pokemon y jugando y “peleando” con el perro. Cuando sale, si conoce a los niños se acerca, le es igual la edad y le gusta mandar.

Está acostumbrado a salirse con la suya, si no puede, acaba tirando lo primero que tiene a mano.

Roberto dibuja una familia en la que primero pone solo al perro y después se añade él. Pide al terapeuta que le ponga el nombre al perro. Y con la abuela en la consulta, lo copia, lo borra, borra la cabeza, lo vuelve a hacer...

Cuando se trata de contrastar con ella las informaciones de acciones delictivas que da el niño sobre el tío, intenta quitarle importancia y acaba en que Roberto miente y no se le puede hacer mucho caso.

La valoración que hace el personal implicado en el seguimiento socio-familiar es que en la atención al niño prima el aspecto económico (reciben ayudas varias) y no el afectivo.

Han abandonado las consultas.

Pablo acude a consulta remitido por la profesora, de acuerdo con la abuela materna (52 años). Ésta tiene el acogimiento legal desde hace tres meses, junto con el de un hermano un año menor.

Les quitaron la tutela a los padres por conducta negligente. Separados de hecho desde hace dos años, la madre se trasladó entonces con sus hijos a la casa materna, tiene 25 años. Vive allí de forma inestable, aparece y desaparece en función de las nuevas parejas.

El padre, de 28 años, alcohólico, sin trabajo estable, él mismo se crió en centros de Menores. Sin contacto con su familia de origen, ve a los niños en función de sus propias

necesidades de alimentarse y dormir a cubierto, que la suegra no le niega cuando acude de forma esporádica.

El matrimonio vivió de la RISGA (renta de integración social de Galicia) y de la ayuda materna. Siguen sin trabajar.

Salían juntos desde los 15 años con la desaprobación de la abuela, y ésta supone que se quedó embarazada como un desafío hacia ella. Se casaron.

Ninguno de los padres ha dado su consentimiento para el acogimiento y la abuela ha estado dudosa de aceptarlo, a pesar de que según Menores cumple perfectamente.

El desarrollo psicomotor del niño fue tardío se entiende que por falta de estimulación. Los niños estaban totalmente desatendidos, “comían ellos cuando tenían hambre y dormían cuando tenían sueño, hacían lo que querían, y los llevaban al colegio después del recreo”, dice la abuela. Sabe que la pediatra hizo un informe sobre la situación socio-familiar del niño y su repercusión a nivel madurativo y evolutivo.

Entiende que la separación de los padres les afectó a los niños, porque aunque no sean buenos, eso ahora no lo ven así, dice.

La abuela tiene un trabajo estable y es valorada en el mismo, no se ve con muchas fuerzas para hacerse cargo de los niños, triste y abrumada por la muerte en los últimos tres años del marido, un hijo y la situación de la hija. Su idea es ir implicando a la madre, poco a poco, para que pueda con el tiempo ocuparse de sus hijos.

La madre no ve motivo de consulta, para ella todo era y es normal, dice que el marido la puso por alcohólica, y por eso le quitaron a los niños.

Pablo, es un niño inquieto, próximo, colaborador, con mucho interés por todo lo que le rodea y pregunta al respecto. Eutímico, respeta el encuadre de la consulta. Sabe por qué viene a consulta. Explora lo que hay en la cesta de los juguetes y elige, recoge sin que se le indique. Los juegos son los propios de su edad cronológica. La grafía y dibujos son de

inferior edad, estos últimos de un niño de 3-4 años. Capacidades cognitivas límites.

Al terminar no quiere marchar y pide un juguete para llevar.

Según transcurren las semanas de una convivencia estable con la abuela, acude regularmente a clase, comienza actividades extraescolares grupales y en definitiva, lleva una vida adecuada y propia de su edad, la mejoría es progresiva y significativa.

Está más tranquilo en clase y en casa. Trabaja en el colegio y si no le sale algo insiste.

Se ocupa de su alimentación, aseo y arreglo, con la supervisión de la abuela; ayuda en tareas domésticas.

En la consulta pasa de los garabatos del primer día a dibujar la figura humana completa, dibujándose él mismo.

Lo que se presenta como perturbador son las idas y venidas de la madre, que crean angustias y regresiones en sus síntomas, a la espera de un nuevo abandono.

Sigue en tratamiento.

REFLEXIONES

Si dejamos a un lado el aspecto de diagnóstico y abordaje de tratamiento, para centrarnos en el tema motivo de la comunicación, se perciben diferencias significativas.

La abuela de *Roberto* viene porque le mandan, ella no hace demanda. A la madre la descalifica y considera responsable de los síntomas del niño.

Ella tolera y alimenta las conductas regresivas de su nieto.

El niño va de un centro escolar a otro, no asiste de forma regular y pasa la tarde generalmente en casa. No potencian sino que obstaculizan la socialización del niño.

Estar sometido a una ley social que permite las relaciones humanas, permite pensar el sentido de los límites. En esta casa no los hay.

Justifica las acciones delictivas del tío, descalificando al nieto, quedando él en falta.

El niño no está reconocido en su identidad, ni investido afectivamente. El dibujo de la familia pone todo esto al descubierto.

La abuela de *Pablo* está de acuerdo en la consulta y la busca, le preocupa el niño, quiere propiciar que la madre ejerza su función. Reflexiona sobre sus fuerzas pero ante la idea materna de institucionalizarlos prefiere hacerse cargo. Los padres no dan su consentimiento en este caso.

Asiste el niño a clase con regularidad; le potencia su individuación y lo socializa.

Mantiene el mismo centro escolar “para que no haya tantos cambios”, dice.

Está reconocido en su identidad y se dibuja a sí mismo después de unos meses de tratamiento y de estabilidad en sus referentes familiares y sociales.

Queremos introducir la reflexión de que no siempre la propia familia es “lo mejor”, depende de sus características de funcionamiento y patología propia como grupo y/o en sus miembros.

Para valorar esa idoneidad, incluso el seguimiento, sabemos que muchas veces los profesionales no cuentan con el tiempo y recursos adecuados. Otras se cumple la *ley* sin más.

Acabamos con unas frases de la psiquiatra francesa Françoise Dolto:

- Las personas no piensan en la repercusión que sus propósitos y actitudes pueden tener sobre un niño pequeño porque, habitualmente, le atribuyen una existencia larvada. A una larva se le pueden infligir cualquier tipo de lastimaduras, ya que un gusano no tiene ningún valor a sus ojos. Actúan como si la mariposa que les maravilla no hubiese salido de ese gusano. Contrasentido biológico. Precisamente, toda huella desvitalizante que soporta la larva puede desvitalizar al ser en metamorfosis, y la mariposa futura será una mariposa fallida.

BIBLIOGRAFÍA

- PARKE, R.D. (1998): *El papel del padre*. Madrid. Ed. Morata, S.L.
- ABADI, Dora (1989): *Adopción, del abandono al encuentro*. Buenos Aires. Ediciones Kargieman.
- MANZANO, Juan y otros (2001): *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid. Ed. Necodisme.
- MANZANO, Juan y otros (2002): *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao. Edita: Asociación ALTXA.
- MICHELENA, Mariela (2002): *Un año para toda la vida*. Madrid. Ed. Temas de Hoy, S.A.
- ELIACHEFF, Carolina (1997): *Del niño rey al niño víctima*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- CYRULNIK, Boris (2003): *Los patitos feos*. Barcelona. Editorial Gedisa, S.A.
- PEDREIRA MASSA, J.L. (1995): *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria*. Madrid. Editorial Ela.
- Código Civil Español (LO 1/1996).

¿UNA VEZ MÁS? (NOTAS SOBRE LO PSICOANALÍTICO Y LO PSICOTERAPÉUTICO EN LA CLÍNICA)*

Antonio Suárez Santos**

No hace muchos días, en el curso de una conferencia celebrada en una Facultad universitaria el presentador –profesor– que debía introducir a la conferenciante –psicoanalista– ponderaba con la mejor de las voluntades los valores del psicoanálisis. Se refería al valor histórico de la teoría psicoanalítica, la importancia de la obra freudiana para el desarrollo de la psicología y la consideración que personalmente le merecían las “ideas del psicoanálisis” por más que –venía a decir–, en los tiempos actuales en los que la demanda exige urgentemente tratamientos de rapidez y eficacia patentes, el aspecto terapéutico del psicoanálisis ya no tenga el valor de antaño.

Sabemos que toda demanda es demanda de amor y, en tanto dicha demanda sea urgente y exija inapelablemente una muestra patente o visible de su poder, es demanda de amor sin límites, demanda infantil de un amor respecto al cual no hay que dar nada a cambio, una demanda sin renuncia que podemos vincular precisamente a uno de los descubrimientos claves del psicoanálisis: el extraordinario poder de la sexualidad infantil pulsional y su funcionamiento anárquico, tendente

* Ponencia presentada en las VII Jornadas del Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB) que bajo el título “La (im) pertinencia de la psicoterapia psicoanalítica en el siglo XXI” se celebró en Bilbao en noviembre de 2006.

** Psicólogo clínico y Psicoterapeuta. Dirección contacto postal: c/ Máximo Aguirre, 16 ppal. dcha. Bilbao 48009. Tfno.: 944 418 431. Dirección e-mail: suarezsantos@euskalnet.net

a la búsqueda de la satisfacción inmediata y sin miramientos por el objeto ni la objetividad.

Sabemos también que uno de los hitos fundamentales en el camino que lleva al sujeto humano a constituirse como tal es precisamente el difícil tránsito entre este modo de funcionamiento y la instauración de una estructura psíquica que suministre un cierto ordenamiento y un modo de circulación de la excitación sometido a determinadas legalidades, y permita al sujeto hacerse dueño de sí mismo en la medida en que esto sea posible.

Tránsito éste que en ningún caso podría ser llevado a cabo sin una renuncia o abandono de los modos de satisfacción anteriores; una renuncia que el pequeño humano no podría realizar por sí mismo –¿qué necesidad tendría, por otra parte?– si la intervención amorosa de un adulto no la propiciase. Un adulto cuidador sin el cual ni siquiera la vida en el sentido psicobiológico sería factible.

Sabemos, además, que esta renuncia o represión si bien tiene un momento inicial, originario o fundador de una estructura psíquica, no se da de una vez por todas y debe ser renovada no sólo en los tiempos de la represión secundaria, ya que el empuje y la persistencia de lo sexual infantil anárquico nunca cejan y tienden a infiltrar nuestro funcionamiento y tanto sólo durante los períodos iniciales de la vida como a lo largo de toda ella.

Así pues, esta demanda de la que nuestro buen profesor nos hablaba, y que se refleja en una desvalorización del psicoanálisis en cuanto terapia –y, de corrido, la desvalorización del psicoanálisis en general– se encuentra en relación con la infiltración de lo sexual infantil en lo que podríamos llamar modos de pensamiento habituales.

Sigmund Freud señala: “El duelo por la pérdida de algo que hemos amado o admirado parece al lego tan natural que lo considera obvio. Para el psicólogo, empero, el duelo es un gran enigma”. Estas palabras pertenecen a un artículo escrito

en 1915 y titulado “La transitoriedad”, en el cual relata sus reflexiones tras el estallido de la Gran Guerra recordando un paseo por los Alpes Dolomitas durante el verano de 1913 en compañía de dos amigos –uno de los cuales probablemente fuera el poeta Rainer María Rilke–. Éste, a pesar de admirar la belleza extraordinaria del paisaje del verano, manifestaba un “dolorido hastío del mundo” y una desvalorización de lo bello ante la idea de que todo es transitorio y se perderá. Freud atribuye esta “revuelta anímica”, este enturbiamiento del juicio, al dolor psíquico que el duelo por el sepultamiento de lo perdido produce.

“Sabemos que el duelo –indica Freud–, por doloroso que pueda ser, expira de manera espontánea. Cuando acaba de renunciar a todo lo perdido, se ha devorado también a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para, si todavía somos jóvenes y capaces de vida, sustituirnos los objetos perdidos por otros nuevos que sean, en lo posible, tanto o más apreciados”.

Pareciera que hoy las cosas se hubiesen trastocado y un apartamiento respecto al duelo –más que la posibilidad de su elaboración– hubiese tomado las riendas de un cierto modo de pensar, de modo que el acceso a los nuevos objetos “tanto o más apreciados” una vez el duelo concluido se hubiera visto sustituido por una apetencia desaforada de objetos para devorar, de usar y tirar, infinitamente renovables y por lo tanto en cierto sentido –en el sentido de la sexualidad infantil– eternos. Así que la demanda a la que nuestro profesor nos convocaba mantiene una intensa vinculación con la dificultad para la elaboración del duelo.

Ahora bien, no podemos resolver sin más el expediente que se nos plantea con una simple referencia a los cambios socio-históricos, y quedarnos en la posición quijotesca del “ladran, luego cabalgamos”. Sabemos que la descalificación del otro es un movimiento defensivo tendente al mantenimiento a ultranza del ideal o la creencia y de nulo valor científico.

El análisis –la aplicación de nuestros instrumentos de conocimiento a nuestra teorización y nuestra práctica– es necesario para discernir las certezas, pero también los errores, las derivaciones, los falsos caminos a los que inevitablemente nos vemos convocados.

Gerald Holton, un científico poco dado al idealismo, físico y filósofo de la ciencia, especialista en la obra de Albert Einstein, señala en una entrevista al diario “El País” del 1 de noviembre de 2006 que *“el punto de partida de la investigación no es la objetividad, sino la creencia apasionada en algo que puede que no exista, pero que merece la pena buscar”*.

Guy Rosolato en su artículo “La escisión que alberga lo increíble, (“La scission qui porte l’incroyable”, 1978) nos recuerda la transcendencia de la creencia en tanto fundadora del pensamiento. Pues la elaboración psíquica no consiste solamente en una progresiva transformación o retraducción de las huellas de lo traumático –transformación nunca completa, que siempre deja restos. Para que se dé la apropiación subjetiva de lo vivenciado se necesita además una transformación en los modos de pensamiento: al tiempo que lo traumático se simboliza, el aparato psíquico se transforma y transforma también las creencias o teorías de base. Ahora bien, si la creencia no está abierta al duelo se cierra sobre sí misma y da lugar lo que Guy Rosolato denomina un “Complejo de creencia” que se organiza en torno a ciertos elementos: El culto a un Maestro o Padre Idealizado, el milagro, el establecimiento de un conjunto de ideales teóricos y significantes específicos de los creyentes, el maniqueísmo resultante, la prohibición de pensar por la instauración de lo dogmático y –como colofón– la desvalorización de todo saber. Hemos aquí de nuevo en la *“revuelta contra el duelo”* a la que Freud hacía alusión. Para poder pensar es preciso disponer de creencias básicas, una cierta idealización, pero al mismo tiempo es necesario que la creencia inicial pueda abrirse a la transformación y al duelo; de otro modo, el pensamiento se coagula: el Yo puede morir de éxito. Y no sólo

el Yo: véase cómo en la historia del ser humano los “más elevados ideales”, preñados de posibilidades de cambio y evolución, han conducido también a situaciones aberrantes como ocurrió por ejemplo durante la Revolución Francesa cuando en nombre de los ideales ciudadanos –Libertad, Igualdad, Fraternidad– y de la unidad republicana, el Terror llevó a la aniquilación de las personas por la desvalorización absoluta del sujeto individual ante el Ciudadano, la desvalorización del ser ante la pertenencia. Cada cual tendrá sus ejemplos en mente. Cuando la creencia se cierra sobre sí misma los fines terminan por justificar los medios.

Es en el texto de 1918 “Nuevos caminos de la terapia analítica” –en el contexto de una reflexión respecto a los llamados “métodos activos” y las necesidades de adaptación de la técnica psicoanalítica a los “nuevos tiempos”–, donde Freud escribe: *“Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza”*. Y pocas páginas después, al final del texto –una alocución ante los discípulos durante el 5.º Congreso Internacional de Psicoanálisis– se sitúa su famosa proclama: *“...es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa...”*.

En esta referencia a las masas Freud se olvidaba aquí de que Ambroise Paré, cirujano del s. XVI a quien señalaba como modelo en 1912 (“Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”) y cuya historia tenía que conocer, no sólo es el autor de la divisa “Je le pansai, Dieu le guérit” (Yo lo curé, Dios lo sanó) con la que Freud nos plantea tan sutil y sabiamente que la curación viene “por añadidura” y no como una meta directa del tratamiento analítico; se dice que Ambroise Paré fue también quien contestó al rey Carlos IX, de quien era médico y

que le demandaba mejor trato, por ser el Rey: “Sire no puedo trataros mejor que a los pobres, porque yo trato a los pobres como a reyes”.

Si el becerro del oro puro sustituye a la ley del respeto al otro –tan claramente enunciada aquí por Freud–, se abre el camino para la configuración de un verdadero “complejo de creencia”, del que ninguna producción humana está exento. Ni siquiera el psicoanálisis: véase así el culto al padre idealizado –“Freud dijo”, pero también “Lacan dijo”, “Bion dijo”, “Winnicott dijo”...–; el milagro de esperar que con los medios por sí mismos se produzca un efecto –por el mismo dispositivo, sin necesidad de considerar el valor de la interpretación, o el valor de la actitud del analista por ejemplo–; el sostenimiento de un maniqueísmo reductivo a la hora de encarar la práctica analítica, uno de cuyos efectos atañe precisamente a la escisión entre lo terapéutico y lo analítico a través de las conocidas polémicas sobre psicoanálisis y psicoterapia; la prohibición o el desprecio de todo pensamiento que se desarrolle fuera de los círculos, sociedades o grupos, cada uno de los cuales cree guardar celosamente –como oro en paño, nunca mejor dicho– la herencia recibida del Padre Ideal... conocemos el colofón de este estado de cosas: la desvalorización de todo saber.

Víctor Gómez Pin, filósofo, psicoanalista y también profesor universitario, afirma en el prólogo de su libro “Entre lobos y autómatas”, Premio Espasa de Ensayo 2006 que el imperativo central de toda ética es la no instrumentalización del ser humano. Los cimientos del reconocimiento simbólico no pueden ser otros que los de la confianza y la solidaridad, señala Guy Rosolato, en el artículo que he citado anteriormente.

La idea del respeto al otro es una construcción básica y universal de nuestro pensamiento hasta el punto de ser ésta la base del “imperativo central de toda ética”, la ley última a la que todo intercambio humano debe someterse y de la cual la prohibición del incesto es una derivación. Y al mismo tiempo tanto nuestra vida cotidiana como la historia del ser humano

nos muestran cómo es preciso recordar, retrabajar, poner de manifiesto y restaurar una y otra vez lo que nos parecía tan evidente. El psicoanálisis nos ayuda a ver que en esta insistencia se esconde algo más allá de lo manifiesto, algo que debe ser constantemente reprimido y atañe a una situación de no respeto o instrumentalización del otro.

Este estado de cosas remite justamente a lo originario del ser humano, la situación del encuentro entre el niño y el adulto de los comienzos. Freud señala al respecto en “Tres ensayos de teoría sexual”: *“El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona –por regla general la madre– dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho. La madre se horrorizaría, probablemente, si se le esclareciese que con todas sus muestras de ternura despierta la pulsión sexual de su hijo...”*.

J. Laplanche ha puesto de relieve este proceso de implantación de la pulsión sobre el cuerpo del niño: a través de los cuidados que prodiga, la madre cuida amorosamente y al tiempo introduce lo sexual, a partir de su sexualidad infantil despertada por el cuerpo del lactante, tomando al bebé como objeto sexual –como hemos visto que señalaba ya el mismo Freud– de modo que se produce –con efecto traumático debido a la diferencia cualitativa y cuantitativa entre el monto de excitación y los medios disponibles para su drenaje– una implantación, una huella de la que hay que dar cuenta imperiosamente a partir de ese momento. El sujeto infantil se ve obligado así a un trabajo de traducción y significación: “hacerse sujeto de aquello a lo que ha estado sujeto”.

Pero al mismo tiempo que implanta lo sexual traumáticamente, la madre –a través de su mirada amorosa–, suministra las condiciones para que ese proceso de ligazón, de integración y personalización, de surgimiento del Yo, se haga posible.

J. Gutiérrez Terrazas señala que el narcisismo materno produce un efecto residual de protección frente a la implantación de lo pulsional. Es imprescindible que el sujeto pueda volver hacia sí lo narcisista cuidador del otro para poder llegar a reconocerlo.

La contención materna sostiene el abandono de los modos de satisfacción primarios: es necesaria la existencia de un entramado narcisista, sostenido por la mirada ligadora del otro, que permita que la renuncia (a lo autoerótico) sea por amor y no por un sometimiento (a lo persecutorio) que produce una seudo identificación al ideal del otro.

Es que el “amor de los comienzos” no pertenece al sujeto. Pertenece al otro. El fallo o la falta de este aporte amoroso deja como resto brechas en el Yo y el narcisismo, de modo que la creatividad infantil –“la imaginación radical” de la que habla C. Castoriadis– no encuentra sustento donde agarrarse, no ha habido un don amoroso por parte del otro y así la fantasía circula libre y salvajemente atravesando al sujeto por esas brechas que nunca han podido ser cerradas o contrainvestidas, de manera que la fantasía tiende a la repetición compulsiva. Ante ello es preciso entonces un trabajo de engarce simbolizante y derivación, tendente a la recuperación del narcisismo arrasado, y no ya de interpretación o descubrimiento de sentido, ya que para que el método psicoanalítico sea aplicable es preciso que un inconsciente reprimido esté ya constituido.

Véase por ejemplo el caso del pequeño Arpád relatado por Ferenczi; se trata de un niño atrapado por el juego compulsivo a degollar, perforar y arrancar los ojos a las gallinitas de juguete, o el impulso irrefrenable a ir a ver el corral o contemplar con gran excitación el sacrificio de los pollos en la cocina familiar, todo lo cual da cuenta de un movimiento que atraviesa al pequeño Arpád sin que un Yo “agujereado” pueda contener la excitación o producir un trabajo de transformación o derivación sobre la huella de lo traumático.

Debido a deficiencias en la instauración de la tónica –es decir, en lo estructural– pueden existir representaciones o modos de funcionamiento psíquico caracterizados por un afloramiento directamente compulsivo, que no son producto del funcionamiento del inconsciente y del retorno de lo reprimido, sino de un fracaso radical de la simbolización. Se hace imprescindible una adecuada discriminación de estos modos de funcionamiento ya que la demanda imperiosa de reconocimiento plantea cuestiones cruciales: ¿Cómo atender a la demanda de reconocimiento –absoluto, incondicional pero necesario–, sin caer en el juego de la tranquilización o la seducción perversa? Cualquier intervención interpretativa se vuelve aquí injuria, por la atribución que se hace al paciente –como deseo o intención– de algo que en realidad lo atraviesa de modo compulsivo. Una injuria insoportable que ataca desde lo actual al Yo tambaleante, de manera que puede darse un verdadero abuso de la situación por nuestra parte. Sólo queda entonces para el paciente reaccionar o someterse.

¿Dónde comienza el psicoanálisis, dónde acaba la psicoterapia? Es preciso ir más allá de lo meramente descriptivo o formal: tanto respecto al dispositivo concreto –cara a cara, diván– como a los parámetros temporales –frecuencia, duración, variabilidad de las sesiones–. Elementos formales que generalmente son los únicos tomados en cuenta.

Existe una profunda vinculación entre lo psicoterapéutico y lo psicoanalítico en toda cura. Lo psicoanalítico tiende, según J. Laplanche, a la deconstrucción de los mitos e ideologías contruidos por el Yo, mientras que la tendencia reparadora propiamente psicoterapéutica acompaña a este movimiento a través del trabajo de síntesis del Yo. Y hay un fundamento común, el del aporte amoroso que sostiene el encuentro y la creación del espacio para la elaboración. J. Gutiérrez Terrazas precisa que la base de la técnica es el reconocimiento del otro. J. Laplanche señala que la actitud interior y exterior del analista constituye el pivote de esta instauración o construcción de la situación analítica (de la cubeta).

En definitiva, si podemos establecer una meta –de modo general– para la cura no sería otra que la de poder cuidarse y amar. Más precisamente, la puesta en juego de un narcisismo estructurante y la apertura o reapertura del proceso sublimatorio. (El establecimiento del Yo como objeto de amor y la apertura al otro y a lo otro de uno mismo se manifiesta a menudo en la clínica al modo de un autorreconocimiento: “...es como si de repente, lo mismo que hoy he conocido al gerente, me hubiera dicho: Mira, ésta es Elena”, dice una paciente).

La situación de la cura despierta la transferencia, tanto en nosotros como en nuestros pacientes. Por ello resulta inevitable el tenerla en cuenta. Tener en cuenta la transferencia no significa que deba ser interpretada sistemática o simultáneamente.

La transferencia tiene una faz cerrada, resistente en el sentido que Freud le daba, actuar en lugar de recordar; es resistencia de transferencia relacionada con los modos defensivos habituales del Yo. Se basa en la puesta en juego de los clichés y las teorías sexuales infantiles. Tiende a la prohibición del pensar y al cierre defensivo ante la situación traumática de la cura.

Pero la transferencia tiene asimismo una faz abierta al encuentro con el otro y al riesgo. Tiene que ver con el respeto y reconocimiento de lo desconocido que hay en cada uno, con la “*creencia apasionada*” como punto de partida, en el sentido que le da Gerald Holton, al que cité anteriormente. Se basa en la creatividad, la imaginación radical y el trabajo de duelo.

El trabajo sobre la transferencia en la cura tiende a analizar y resolver la transferencia en su aspecto repetitivo para abrir o reabrir el campo de la simbolización, lo cual no puede darse sin más desde el paciente sino a partir de algo que el terapeuta aporta. Winnicott afirma que “*los pacientes nos usan por nuestros fallos*”. Quizá se queda en lo descriptivo. En todo caso podremos decir que si el analista puede llevar a cabo un trabajo de elaboración (“autoanálisis”) sobre su transferencia,

entonces en la misma medida el marco sostenedor continúa ejerciendo su función de contención respecto al proceso elaborativo del paciente.

Cada encuentro con un paciente pone de nuevo en juego nuestras creencias de base y nuestras convicciones teóricas. Estamos sujetos a un trabajo constante de elaboración a fin de reencontrar el modo de volver a situarnos en una posición respetuosa y abierta tanto ante el paciente como ante nosotros mismos.

Este efecto sobre nuestro aparato psíquico de la situación y los avatares de la cura se produce como traumatismo que afecta al equilibrio entre lo infantil y lo adulto en nosotros, y por lo tanto afecta fundamentalmente a nuestra capacidad de contención. No es solamente efecto de determinados elementos de la comunicación del paciente sino además –y de modo prevalente– de un trastocamiento o alteración psíquica producido por el despertar de la pulsionalidad inconsciente del analista ante el otro colocado en situación infantil, lo cual hace que se vea convocado –a no ser en casos de perversión– a un trabajo de elaboración psíquica sobre lo que en él aparece. Y esto es muy diferente a la atribución que habitualmente se hace al paciente de lo que a nosotros nos ocurre (“tal paciente me provocaba una contratransferencia de tal tipo, o me hace sentir tal cosa, etc.”).

Este trabajo de elaboración es sobre todo trabajo de renuncia a instrumentalizar al otro –precisamente en tanto la misma situación de la cura y nuestra transferencia nos lleva a ello– y trabajo de duelo sobre nuestras creencias y convicciones, sobre el supuesto saber, sobre nuestra imagen ideal del paciente. Pero resulta inevitable que ante ciertos aspectos del proceso de la cura –sean éstos puntuales o entramados en determinadas líneas o complejos– nuestra respuesta elaborativa fracase total o parcialmente.

El encuadre sostiene el espacio en el que se desarrolla el proceso de la cura, un espacio de transferencia. El encuadre

sostiene el trabajo psíquico del analista tanto como el del paciente, pero es el analista a su vez el que sostiene el encuadre y no puede ser de otro modo. El paciente por su parte tiene que decirlo todo y por ello mismo se ve llevado al no decir, a la acción, a la transferencia. Pero si el analista actúa lleva al *acting-out* y al paciente no le queda más remedio que someterse o reaccionar. Si el paciente se somete, se da un pseudo-tratamiento; si reacciona, se pierde el análisis.

Winnicott señala: “El psicoanálisis no consiste tan sólo en interpretar el inconsciente reprimido; consiste más bien en proporcionar un marco profesional a la confianza, en el cual esa interpretación pueda llevarse a cabo”. Y J. Laplanche indica que la actitud interior y exterior del analista constituye el pivote de esta instauración o construcción progresiva del espacio analítico.

Si lo traumático de la sexualidad infantil y su funcionamiento repetitivo son materiales para la sublimación en el crisol de la cura, el catalizador imprescindible para esta operación sublimatoria proviene de la contención que el analista a través del encuadre aporta. Los rehusamientos de éste –principalmente respecto a ocupar la posición del saber–, lo que no hace –lo negativo bien temperado–, permiten la instauración del campo donde el trabajo de perlaboración, que es trabajo de duelo, puede producirse. Esto sí atañe al fundamento de la técnica de la cura, y no tanto las cuestiones formales respecto a duración del tratamiento, frecuencia de las sesiones o aquellas otras que atañen a los dispositivos puestos en juego –el cara a cara, el diván–, lo cual no quiere decir que estas cuestiones formales no deban ser precisadas y pactadas con rigor en cada caso.

E. Gómez Mango habla de lo negativo en el terapeuta: como disposición abierta hacia lo que viene del otro. Esta capacidad negativa ligada a lo femenino está vinculada a una investidura amorosa del paciente como objeto total. Lo cual no es lo mismo que la puesta en marcha de una complicidad

masoquista ante el paciente ligada a lo sexual infantil y que supondría la investidura del paciente como objeto parcial y un aspecto perverso en la relación.

El trabajo de lo negativo en el terapeuta sustenta la mirada amorosa y la capacidad para la identificación, imprescindibles para que la renuncia a lo autoerótico y el duelo se hagan posibles: que surja el Yo donde era Ello y pueda organizarse el narcisismo, ese tiempo libidinal en el que el sujeto dice “*Yo soy el pecho*”, es decir: Yo soy, por ser amado, el pecho amado.

Mantener el funcionamiento del Yo y organizar la tópica corresponden respectivamente a lo psicoterapéutico y a lo psicoanalítico que se encuentran constantemente en juego y de ahí la necesidad de una dialéctica entre labor terapéutica y labor psicoanalítica en toda cura. Pero en última instancia la posibilidad de análisis y de transformación de la estructura pasa por la posibilidad de interpretación, y sólo lo sexual, o más bien sólo la fantasía que “cae” en el proceso de simbolización es interpretable: sólo aquello sujeto a la legalidad de una tópica y producido al modo de una formación del inconsciente es accesible al método psicoanalítico. Por ello resulta fundamental el trabajo de derivación y articulación sobre lo compulsivo a fin de que la fantasía pueda llegar a circular en el interior de la tópica.

Si las cosas van mal, lo psicoterapéutico deriva hacia lo directivo o el maternaje y lo psicoanalítico se desmonta. El terapeuta puede verse llevado en estas situaciones al recurso al ideal: La teoría abusiva toma el relevo ante lo que se vuelve para él situación traumática –el exceso intolerable–.

El paciente no encuentra otra salida que el sometimiento –reforzamiento de lo compulsivo, identificación al ideal del terapeuta– o la reacción –*acting out*–, reacción terapéutica negativa... La afrenta narcisista, producida por esta invasión-efracción sobre su Yo por parte del otro, no le deja otra salida.

A través del juego ante el espejo, haciéndose aparecer y desaparecer, el niño se identifica con la madre que se ausenta,

pudiendo así perderla. Juega a ser Yo donde era otro, colocando al otro en su interior –aquello que de ninguna manera podía llevar a cabo el pequeño Arpád. Usar el objeto en la cura es jugar el juego de la repetición transferencial para salir de ella– y ahí también está el riesgo: la posibilidad de quedarse pegado a la cosa, “jugar a psicoterapeutas o psicoanalistas”, “jugar a médicos”, quedarse en la cosa misma, sustituto metonímico y no metafórico del objeto que así ya no se pierde; es el modelo del fetichismo, la salida perversa al duelo que no ha sido elaborado y la entrega al juego sadomasoquista, dominado por los aspectos más compulsivos de lo sexual infantil: el análisis interminable.

El niño sólo puede renunciar si el otro adulto le proporciona un aporte unificador que garantice suficientemente la instauración del narcisismo, pero esto no resulta posible si la pasividad inicial no ha encontrado vías de ligazón, abriéndose así la brecha para la producción de un narcisismo desfalleciente vinculado a la falta de renuncia al objeto incestuoso que deja al sujeto a merced de defensas arcaicas –con su correlato de alteración yoica– a fin de mantener a salvo la continuidad de la existencia, defender el ser. Defender el ser, es decir defenderse ante el peligro de derrumbamiento global del Yo, pone al individuo en una situación en la que cierta ambigüedad ya no puede sostenerse y la fantasía omnipotente pero constituyente del narcisismo primario “*Yo soy el pecho*” adquiere –aquí sí– un carácter megalomaniaco. Ser, para el sujeto humano, es siempre en última instancia ser amado –como señala acertadamente J. André–. Cuando el sujeto se ve llevado de modo compulsivo a la defensa del propio ser nos muestra su necesidad de un mantenimiento a ultranza de la fantasía “*Yo soy el pecho*”, nos revela el fracaso en la constitución de su narcisismo, su imposibilidad de renuncia a las creencias idealizadas. Esta abdicación –el “*hastío del mundo*”– ahorra la dura tarea de ya no serlo todo para el otro, que llevaría al tener y por lo tanto poder perder –“*Yo lo tengo, es decir, yo no lo soy*”–. Pero el hastío del mundo impide la vida.

Quiero terminar con dos poetas, que siempre sostienen la palabra mucho mejor que nosotros. Primeramente un breve relato de F. Kafka:

“Era muy temprano por la mañana, las calles estaban completamente vacías, yo me dirigía a la estación. Cuando comparé la hora de mi reloj con la del reloj de una torre, comprobé que era mucho más tarde de lo que yo había creído. Tenía que darme mucha prisa, el susto que me dio el retraso hizo que quedara inseguro acerca del camino que debía tomar, no conocía muy bien la ciudad, afortunadamente había un policía cerca, corrí hacia él y le pregunté por el camino sin respiración. Él sonrió y dijo:

–¿De mí quieres saber el camino?

–Sí –dije–, pues no lo puedo encontrar.

–Renuncia, renuncia –dijo él, y se dio la vuelta con gran ímpetu, como la gente que quiere estar a solas con su risa”.

El relato lleva por título –como pueden Vds. Suponer– “Renuncia”.

Y finalmente un fragmento de un poema de José Ángel Valente:

“...

No hemos llegado lejos, pues con razón me dices

Que no son suficientes las palabras

Para hacernos más libres.

Te respondo

Que todavía no sabemos

Hasta cuándo o hasta dónde

Puede llegar una palabra,

Quién la recogerá ni de qué boca

Con suficiente fe

Para darle la forma verdadera.

Haber llevado el fuego un solo instante

Razón nos da de la esperanza.

*Pues más allá de nuestro sueño
Las palabras, que no nos pertenecen,
Se asocian como nubes
Que un día el viento precipita
Sobre la tierra
Para cambiar, no inútilmente, el mundo”.*

Pertenece este fragmento al poema titulado “No inútilmente”.

Muchas gracias.

EL ADHD Y LOS DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA: LA COMPLEJIDAD DE LAS DETERMINACIONES

Beatriz Janin*

Resumen: Se plantea el tema del diagnóstico en la infancia, diferenciando diagnosticar y catalogar. Se desarrollan teóricamente algunas de las determinaciones de la hiperactividad en la infancia, considerando que en muchos de estos niños se encuentran alteraciones en momentos fundantes de la constitución psíquica.

Palabras clave: ¡Diagnóstico – Hiperactividad – Autoerotismo – Constitución psíquica – Actividad-pasividad – Angustia – Narcisismo – Fantasía – Psicopatología infantil.

Résumé: Le ADHD et les diagnostics dans l'enfance: la complexité des déterminations On pose le problème du diagnostic dans l'enfance, en faisant une distinction entre diagnostiquer et cataloguer. Suit un développement théorique de certaines déterminations de l'hyperactivité, en tenant compte du fait que dans nombre de ces enfants on trouve des altérations dans les moments qui fondent leur constitution psychique.

Mots clés: Diagnostic – Hyperactivité – Auto-érotisme – Constitution psychique – Activité-passivité – Angoisse – Narcissisme – Fantasme – Psychopathologie de l'enfant.

* Psicóloga psicoanalista, Directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Directora de la Revista "Cuestiones de Infancia" y profesora titular de la Carrera de Psicología en diferentes universidades. Dirección: Av. Córdoba, 3431 10.º "A". (1188) Argentina. Tel.: 4963-4729. E-mail: beatrizjanin@yahoo.com

Abstract Diagnosis in childhood: The complexity of determinations The subject of diagnosis in childhood is examined, and a distinction is made between diagnosis and classification. Some of the determinations of hyperactivity are discussed from a theoretical point of view. It is maintained that many of these children can be found to have suffered disturbances at crucial moments of their psychical constitution.

Key words: Diagnosis – Hyperactivity – Auto-erotism – Psychical constitution – Activity-passivity – Anxiety – Narcissism – Phantasy – Child’s psychopathology.

DIAGNOSTICAR NO ES CATALOGAR

Nos consultan... Padres que vienen, angustiados, desbordados, deprimidos, hablando de un niño que no es como ellos quisieran, que molesta, o que los deja expuestos a llamados permanentes por parte de la escuela. Un niño que hace de más o de menos, que los convoca en un punto en el que no pueden responder... Sus frases son, habitualmente: “No lo podemos parar”.

Y llegan al consultorio niños que sufren y que expresan de diversos modos su sufrimiento. Muchas veces, se encuentran con nosotros después de un largo peregrinaje por otros profesionales. Se les dieron diagnósticos, a veces se los medicaron... pero algo insistió. Y piden ser escuchados de otro modo.

Algunos ejemplos:

Consultan por un niño de nueve años. Muy buen alumno en cuanto al rendimiento, tiene dificultades para tolerar normas, es contestador y suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y cuestionamiento a la autoridad. Se lo deriva al neurólogo, diagnosticándole ADD. El padre se opone a que lo mediquen. Después de varias entrevistas, en las que me encuentro con un niño inteligentísimo, que argumenta con una lógica impecable por qué se opone a ciertas actitudes del padre, de la madre y de la maestra (explica por qué pelea con cada uno, en tanto le prohíben el despliegue de

su independencia o de su agresión) el padre dice: “Prefiero que sea así, que no se deje llevar por los otros. Un varón tiene que poder defenderse”. ¿Es signo de algún trastorno neurológico la actitud desafiante de este niño o se ha constituido en una trama identificatoria en la que ser varón es equivalente a oponerse al resto, sosteniendo criterios propios? Quizás este niño haga una especie de caricatura de la masculinidad, sosteniendo las diferencias al modo actividad-pasividad, como único modo de representarse a sí mismo como varón, frente a los que él supone otros que quieren someterlo y pasivizarlo, feminizándolo.

Un niño de seis años tiene dificultades para organizarse, para aprender y para quedarse quieto. La directora de la escuela dice que “no produce”. Es diagnosticado inmediatamente como ADD y medicado. Frena la actividad pero comienza a sentir terrores. Se desconecta del grupo, tiene una mirada perdida... Teme a todo lo que se mueve. Así, hasta una pelusa le provoca terror. La maestra se preocupa: “Prefiero que se mueva a que esté paralizado”, comenta. ¿Qué provocó en este niño la medicación, además de la idea de que era alguien cuyos movimientos debían ser controlados desde afuera? Provocó terror, afecto seguramente ligado a las fantasías terroríficas que lo asaltaban y que, con la “pastilla” dejaban de ser “fantasías actuadas” propias para transformarse en fantasmas que lo atacaban desde afuera. Así, la medicación producía un efecto de encierro, de chaleco de fuerza que lo dejaba a merced de los otros y todo lo que se movía pasaba a ser atacante. Una maestra que pudo registrar el terror frente al movimiento de los otros y que privilegió paliar el sufrimiento del niño a su comodidad, padres que pudieron preguntarse sobre lo que pasaba y repensar el abordaje, permitieron otra apertura.

Considero que una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la invasión de diagnósticos que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios, diagnósticos que llevan a que un

niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Así, se pasa de: “tiene tics”, a “es un Gilles de la Tourette” o de: “tiene conductas compulsivas y reiteradas” a “es un TOC”, o en vez de un niño triste, hablamos de un trastorno bipolar... El más conocido es el Trastorno por déficit de atención, título con el que son catalogados niños que presentan diferentes características.

Lawrence Diller, pediatra norteamericano, afirma que desde los años setenta la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la inclusión del Prozac, se banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños.

¿Dónde quedaron los niños y sus vaivenes, como sujetos en permanente devenir? ¿Dónde podemos ubicar sus deseos, sus temores y sus sufrimientos? ¿Por qué suponerlos “patológicos”, en lugar de pensarlos como sujetos con diferentes posibilidades, que están atravesando momentos difíciles? ¿Estamos patologizando y medicalizando la infancia?

Me parece que la pasión por denominar, por clasificar, por ubicar todo en cuadros, lleva a una contradicción fundamental: ¿cómo “encuadrar” el bullicio de la vida, esas exigencias que insisten, las diferencias entre los niños? Las dudas, las preguntas, el devenir mismo tienen que ser obturados lo más rápido posible. Lo que se pretende es que todos los niños respondan del mismo modo a lo mismo, sin tener en cuenta las situaciones particulares por las que está atravesando la vida de cada uno.

En los últimos años se ha generalizado el uso del DSM IV en los consultorios psicológicos y pediátricos e inclusive en el ámbito escolar es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que propone este manual.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también a preguntarnos sobre las consecuencias del modo en que los adultos y sobre todo

los profesionales, podemos incidir en la evolución de esas dificultades. Ya desde la primera entrevista, el que ubiquemos tanto al niño como a los padres como sujetos pasibles de ser escuchados, puede modificar la situación.

Cuando se toma la singularidad del sujeto, cuando se puede soportar que sea un “otro”, un semejante diferente, se puede comenzar a pensar acerca de las causas, de los momentos, de qué es lo que hace que ese niño se presente de ese modo.

Por el contrario, cuando lo que se intenta es, rápidamente, hacer un diagnóstico, clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense sólo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño.

El privilegiar la “conducta” (y muchos niños dicen “me porto mal, por eso me traen”), nos remite a la idea de que hay alguien que se “porta bien” y que hay quienes saben lo que es “una buena conducta”.

Además, la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria de por vida, ¿no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de un “buen desempeño”? ¿No es la misma lógica que sostienen los adolescentes que afirman que toman tal “pastilla” para poder bailar diez horas seguidas?

También llama la atención la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación. Como plantea Bernard Touati (2003) la puesta en juego de una acción directa correctiva al nivel biológico es otra cosa que el reconocimiento de las influencias recíprocas y las correspondencias entre los sistemas neurobiológico y psíquico. Al ofrecer la biología respuestas operativas queda como verdad última y definitiva, relegando a un segundo plano a los otros modos de comprensión del problema y de su sentido. De este modo, la dimensión psicoterapéutica puede entonces ser reducida al rango de simple

ayudante, de sostén, como un modo de tener en cuenta lo que serían “las repercusiones psicológicas del problema” (problema que se supone biológico).

Podemos agregar que en algunos casos una indicación conductual tiene el mismo efecto: borra las preguntas sobre las determinaciones y anula los matices, obturando la posibilidad de pensar la complejidad.

Entonces, cuando un niño no responde a las expectativas, cuando un funcionamiento infantil nos perturba, cuando nos convocan allí donde no sabemos o no podemos estar y quedamos angustiados y confundidos, podemos generar movimientos de deshumanización, de descualificación, de no-reconocimiento.

Hay otro elemento en juego: este modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología, DSM IV mediante, tiene un elemento central: desmiente la historia del niño y anula el futuro como diferencia.

Y esto me parece que es crucial: si alguien fue así desde siempre (es decir, sus padeceres no se constituyeron en una historia) y va a ser así toda la vida... sólo queda paliar un déficit.

Cuando los que hacen el diagnóstico (llenando cuestionarios, dando descripciones) son los padres y maestros, esto se hace todavía más evidente. Un cuestionario para detectar ADHD que llegó a mis manos, distribuido a padres y maestros, de la SNAP IV, con 40 preguntas, muestra lo contradictorio de la idea de “trastorno por déficit de atención” que impera en las categorías del “diagnóstico” según el DSM IV. Algunos de los ítems son: “Habla en forma excesiva”, “Discute con adultos”, “Hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros”, “Es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad”, “A menudo no coopera”, “Se hace el vivo”. Todos estos puntos (que deben ser calificados del 0 al 3) implican un observador imparcial, pura conciencia, que pueda calificar objetivamente algo tan subjetivo como la desobediencia, o el “hacerse el vivo” (que puede implicar cosas

muy diferentes para cada uno). Si tenemos en cuenta que este cuestionario es llenado por familiares y/o maestros, podemos concluir que dependerá de la idea que cada uno tenga acerca de lo que es hablar excesivamente, discutir, actuar de un modo deliberado, ser desafiante, no cooperar y hacerse el vivo. Idea que cada adulto habrá construido en su propia historia y que estará teñida por su realidad actual. Así, si un maestro tiene que dar clase a un curso de más de treinta alumnos y trabaja doble turno, es posible que la mayoría de los niños le resulten excesivamente demandantes. También, si el maestro, o el padre, están deprimidos, se puede producir el mismo fenómeno: un niño que se mueve mucho puede ser insoportable porque no permite la desconexión del adulto.

Todo tiene que ser normotizado, reglado, en una sociedad que exige, discrimina y excluye.

Para desarmar esto, tenemos que afinar nuestros instrumentos y poder fundamentar nuestro abordaje. Tenemos que poder explicar que nosotros contamos con otras herramientas para el tratamiento de estos trastornos.

He planteado muchas otras veces que la psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo a los parámetros de la psicopatología adulta. Fundamentalmente, estamos frente a un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente, devenir y cambio.

Quizás, fundamentalmente, lo que hay que detectar es el sufrimiento de un niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, mucho más que “tipificar”, “catalogar” algo, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye.

Todo niño requerirá un abordaje terapéutico acorde a cuáles son las determinaciones de su sufrimiento. E intervenciones específicas, de acuerdo a lo que le ocurra. Así, un niño que

está en proceso de duelo requerirá un tipo de intervenciones psicoanalíticas diferente a aquél que ha sufrido situaciones de violencia y está en “estado de alerta”.

Y esto siempre en un contexto.

El psiquismo es una estructura abierta (en el sentido que no es pensable en un sujeto sin vínculos con otros) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño.

Es insoslayable, entonces, en el caso de las patologías tempranas, el tema del entorno.

Esto es muy claro en el caso del llamado ADHD: hay que tener en cuenta el estado psíquico de los adultos que a la vez que promueven el movimiento y la dispersión (excitando a un niño, idealizando la infancia, ofreciéndole estímulos fuertes desde bebé), después no pueden tolerar el movimiento habitual de un niño.

Sabemos que el que los adultos soporten o no la “inquietud” infantil depende en gran medida del estado psíquico que predomine en ellos. Así, cuando están muy angustiados, se sienten sobrepasados o están deprimidos, no pueden contener a un niño que demanda atención.

Luego, cuando el niño muestra la angustia del modo en que puede y se mueve defendiéndose de los deseos controladores y paralizantes de los otros (deseos que él vive muchas veces como deseos de muerte), se los medica, cerrando el círculo de la patologización.

Si reflexionamos sobre los otros “cuadros” que suelen “diagnosticarse”, desde la clínica, vemos que los niños que son “etiquetados” como Gilles de la Tourette suelen presentar un despliegue dramático, un modo de decir teatralizado, pero sabemos que los tics pueden expresar diferentes conflictos. Mientras que los supuestamente “bipolares” pueden hablar con silencios y llantos, y los “hiperactivos” muestran con su cuerpo y sus movimientos lo que los desborda, ellos, los niños de los tics, nos cuentan con sus muecas y reiteraciones una historia que no ha sido simbolizada.

Entonces, diagnosticar es otra cosa a rotular de acuerdo a lo manifiesto. Para llegar a un diagnóstico (imposible de cerrar con una sola palabra) hay que escuchar, observar, analizar, a través de todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, para poder ubicar cuáles son los conflictos predominantes, si estos son intrapsíquicos o intersubjetivos, cómo se da la repetición en ellos, qué deseos y de quiénes están en juego, qué defensas predominan.

Muchas veces, el que un niño pase a ser un interlocutor válido para los adultos que lo rodean, el que los padres lo incluyan en el circuito simbólico, es fundamental para modificar el modo en que el niño se ve a sí mismo. Y es que cuando el adulto ubica a un niño como ser humano se producen modificaciones, se abren caminos.

Intentaré desarrollar algunas ideas sobre el llamado Déficit de Atención, centrándome en la hiperactividad.

Tomando las palabras de Roger Misès (2001), “este trastorno está fundado sobre el rejuete de síntomas superficiales, invoca una etiopatogeniza reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina (metilfenidato), la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)”.

También hay que reconocer que son muy pocos los desarrollos psicoanalíticos sobre el tema, mientras que abundan los escritos cognitivo-conductuales, que ponen el acento en la conducta, en lo que aparece, y desconocen la estructuración psíquica y la dimensión subjetiva.

Quizás ocurra con la hiperactividad como con tantas otras patologías infantiles en las cuales, para trabajar psicoanalíticamente, tenemos que crear instrumentos.

LA ATENCIÓN Y EL DOMINIO MOTRIZ DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Desde el psicoanálisis, podemos pensar, en primer lugar, el concepto de atención. En el Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, se define la atención como *“un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir la atención en relación con la conciencia: la atención es la selección de un acontecimiento, o de un pensamiento, y su mantenimiento en la conciencia”*. (Houzel, Emmanuelli, Moggio, 2000, pág. 72).

En primer lugar, entonces, tenemos que considerar que la atención es un proceso activo, que lo protege del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligado a la conciencia es como un foco que ilumina una parte del universo en desmedro del resto y, como atención dirigida hacia algo voluntario, es algo que se constituye, que no está dado de inicio (lo que está dado desde el comienzo es la atención refleja, inmediata).

¿De qué hablamos cuando decimos “déficit atencional”?

La atención que se le pide a un niño en la escuela es una atención sostenida y selectiva, en que se espera que atienda durante un tiempo considerable a cuestiones que otros eligieron (y que para él pueden no ser prioritarias). Nos tenemos entonces que preguntar cómo se construye esta posibilidad.

El dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos está motorizado por los deseos. Ellos nos marcan la dirección hacia la cual dirigimos, pero también el yo como organización

representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda... y aprenda. Hay que sentirse unificado para poder escuchar a otro, mirar a otro, sin sentir que uno se quiebra en múltiples pedazos si no es el único mirado y escuchado.

Y el proceso secundario debe estar estabilizado para frenar la descarga pulsional inmediata.

En la escuela se le pide que invista (y sostenga la inversión) a cuestiones impuestas por otros. Tiene que deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos aquellos en los que otros le piden que se centre y concentrarse durante un tiempo prolongado en ellos. Es una atención selectiva que, en este caso, se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos.

En el Proyecto de una Psicología para Neurólogos, Freud desarrolla extensamente el tema de la atención, ligándola a la constitución del Yo y al pensamiento. La atención es fundamental tanto para satisfacer el deseo, como para frenar un displacer tan masivo que deje al psiquismo anonadado, pero el pensar ligado a la atención secundaria puede ser dificultado por recuerdos penosos (que llevarían a desviar la atención del camino propuesto) y el afecto puede impedir el pensar.

Esto lleva a pensar que los trastornos en la atención pueden ser efecto de la dificultad para investir cierta realidad o para inhibir procesos psíquicos primarios pero también, que ciertos movimientos afectivos y las fallas en la constitución narcisista son obstáculos para estar "atento" en clase.

Nos encontramos entonces, en muchos casos, con dificultades en la estructuración subjetiva que se centran, en mi experiencia, fundamentalmente en:

- La estabilización del proceso secundario. Si lo que predomina es un pasaje permanente de una representación a otra, sin poder detener el decurso representacional, no se podrá seguir el discurso de otro.

- La organización narcisista. Son muchos los niños que, por demanda de amor, por inseguridad, por necesitar una mirada aprobadora de otro, o por sentir que tambalean frente a todo obstáculo (y estoy señalando posibilidades diferentes), hacen una retracción a un mundo fantasmático o se mueven sin rumbo (buscando un eje externo).

¿HAY DESATENCIÓN O CADA CUAL ATIENDE SU JUEGO?

La primera pregunta sería: ¿si la atención es investidura, qué invisten los niños que no atienden en clase?

Estos niños ¿no atienden? ¿O atienden a otras cuestiones y no a lo esperable?

A partir de una investigación que estamos realizando con alumnos y docentes de la Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES, así como a partir de mi propia casuística¹, venimos intentando responder a estos interrogantes.

Y nos preguntamos: ¿un niño que está atento a la mirada de la maestra, podrá mirar lo que ella escribe? U otro que está pendiente de que los otros chicos jueguen con él, ¿podrá ocuparse de “copiar” en clase? ¿Y los niños que suponen que van a ser atacados y están en “estado de alerta”, o los que están en situación de duelo... podrán concentrarse en la situación escolar?

Si bien las posibilidades son muchas, intentaré enumerar algunos de los modos en que he podido delimitar, en la clínica, los diferentes objetos a los que se dirige la atención en los niños “desatentos”:

Constitución de las investiduras de atención en relación a sensaciones pero no a percepciones ni a afectos. Esto puede resultar en repliegue absoluto (como en el caso de niños que presentan estados autistas y que sólo se conectan con sensa-

¹ Realizo una investigación personal para mi tesis de Doctorado en UCES.

ciones propioceptivas) o en atención errátil. Son los niños que están atentos a olores, sabores, etc. Las investiduras suelen ser lábiles, pasando con facilidad de un objeto a otro. (Hay niños que hacen por momentos, una retracción al vacío).

Constitución de las investiduras de atención en relación a los intercambios afectivos pero no en relación al conocimiento. Son los niños que buscan la aprobación afectiva, el cariño de los maestros, pero no pueden escucharlos. Así, pueden relatar el vínculo de la maestra con otros niños o con diferentes personas de la escuela, pero no recuerdan qué tema se está tratando.

Fijación al polo exhibicionista. Son los niños en los que predomina el deseo de ser mirados. Están atentos, pero su atención está centrada en la mirada del otro. Estos niños suelen ser hiperactivos, porque toda su actividad está al servicio de capturar la mirada del otro. Cuando lo que buscan es una mirada aprobadora (por combinación con la búsqueda afectiva) pueden sentir que fracasan y repetir el intento, con lo que la actividad va siendo cada vez más desorganizada. El niño intenta asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista y evitar de ese modo la anulación-exclusión que vendría desde el otro. Así, logra que su movimiento capture la atención del otro, que intenta controlarlo con la mirada. Pero este control suele suscitar mayor movimiento y a la vez, la sensación de pérdida del dominio del propio cuerpo. El niño queda a merced de los deseos del otro. (Retomaremos esto cuando hablemos de la hiperactividad).

Trastornos en la constitución de la investidura de atención por no soportar heridas narcisistas. La retracción se da por desencanto del mundo. Predomina la desmentida de la castración y sólo atienden a lo que les resulta fácil. Son niños a los que se podría aplicar la idea de André Green, de "sujetos dañados en su narcisismo".

Desatención por retracción a un mundo fantasmático. Son niños que sueñan despiertos. Suelen jugar en clase, solos,

aislados del resto. A veces, arman de este modo un mundo más placentero del que encuentran en el afuera.

Atención errátil como consecuencia de situaciones de violencia: estado de alerta permanente. Así como hay niños que quedan como dormidos, anestesiados, por la violencia, en estado de sopor, hay otros que quedan en un estado de alerta continuo, como esperando un golpe que puede llegar de cualquier lado. En estos niños predomina una modalidad de funcionamiento en circuito cerrado, con un bombardeo de cantidades pulsantes-excitantes que no pueden tramitar ni cualificar. Muchos niños que han sido adoptados después de haber estado en diferentes instituciones, o que han sufrido migraciones traumáticas, han sido diagnosticados como ADHD sin que se haya tomado en cuenta esta historia de violencias.

Desatención por desorganización grave del pensamiento, con confusión interno-externo. Hay niños que están haciendo una estructuración psicótica y que son diagnosticados como ADD/ADHD (lo que plantea la importancia de que el diagnóstico de qué ocurre con un niño sea realizado por profesionales con conocimientos en psicopatología infantil). En estos casos, la medicación incrementa los síntomas² y, lo que es igualmente grave, deja a un niño sin el tratamiento adecuado.

Constitución de las investiduras de atención y posterior retracción por duelo. Y nadie atiende a lo que los otros le demandan cuando está en estado de duelo.

LA HIPERACTIVIDAD O UN NIÑO QUE SE MUEVE SIN METAS

La hiperactividad sólo puede tomarse como síntoma cuando es un movimiento desorganizado, con el que el niño puede

² En numerosos trabajos se afirma que la Ritalina (metilfenidato) no debe ser usada en depresiones y que en niños psicóticos, su administración exacerba síntomas de comportamiento perturbado y desórdenes de pensamiento.

dañarse, que, generalmente, está acompañado de torpeza motriz.

Si un niño se mueve mucho, pero porque desarrolla muchas actividades (y no salta de una a otra sino que las finaliza) no se podría decir que presenta un síntoma. Simplemente, es un niño muy activo (lo que actualmente es muchas veces una exigencia social).

Tampoco se podría plantear que tiene una conducta descontrolada aquel niño que se opone a las normas, pero mantiene una excelente motricidad y un buen nivel de aprendizaje, aunque su relación con los adultos sea desafiante y transgresora.

Sabemos que la complejidad de la estructuración psíquica en relación al dominio del propio cuerpo y del desarrollo de la motricidad, así como del control de los impulsos, es tal que merece que vayamos paso a paso para pensar las determinaciones de un movimiento sin rumbo y de respuestas inmediatas, sin freno.

Iré desarrollando los diferentes tipos de perturbaciones que se expresan en la “hiperactividad” infantil, teniendo en cuenta diferentes perturbaciones posibles:

a) Dificultad en el armado de una protección antiestímulo

Sabemos que estamos bombardeados por estímulos externos e internos. Que de los internos es muy difícil la huída, pero que hemos aprendido a lidiar con ellos y que hemos construido un sistema de protección frente a las excitaciones del afuera. Y que el requisito para que esto se construya es la posibilidad de diferenciar adentro-afuera.

¿Cómo se construye aquello que nos protege, los filtros que nos posibilitan no quedar inmersos en un cúmulo de excitaciones e incitaciones imparables?

Para que el niño diferencie adentro-afuera y que, además, recepcione sólo algunos de los estímulos, filtrando otros, es imprescindible que haya podido constituir un “tamiz” por el

que pasa sólo lo tolerable y una “piel” que lo unifique y diferencie simultáneamente. Y para esto es fundamental que haya habido adultos que registraran sus propios afectos, que metabolizaran su propio desborde afectivo sin confundirse con el niño y que lo ayudaran, por ende, a registrar sus propios afectos.

Pero en los niños que se mueven sin rumbo suele haber una dominancia de una relación dual, madre-hijo, marcada por la persistencia de un vínculo erotizante, con un niño que queda excitado y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema para-excitación y para-incipitación (protección hacia fuera y protección hacia adentro).

Son niños que viven los estímulos externos como si fueran internos y hacen movimientos de fuga frente a los mismos.

Por ejemplo, cuando tienen hambre o frío o sueño pueden no registrarlo como una urgencia interna y moverse como si tuvieran que huir de un estímulo que los amenaza desde el afuera.

Así, la agitación pasa a ser en algunos casos una defensa frente al desborde pulsional. Intentan huir de sus propias exigencias pulsionales a través del movimiento. Y como lo pulsional insiste, se mueven cada vez más sin lograr arribar a la meta buscada.

Lo que predomina es la urgencia, como si estuvieran sujetos a exigencias que los golpean desde un interno-externo indiferenciado.

b) Fracaso en el armado autoerótico y en el dominio del propio cuerpo

A veces, lo que predomina es la dificultad para construir un mundo deseante, en el que el placer sea posible.

Si el placer se construye en base a ritmos, que se van armando tempranamente, en el vínculo con otro, cuando el otro irrumpe imponiendo sus propios ritmos, la posibilidad de placer se cae.

Son golpes dados a los cimientos mismos del autoerotismo, en su lazo con la sexualidad infantil y con el lugar que toma el objeto, lo que lleva a un intento siempre fallido de dominar el mundo.

Gerard Szvec (1993), entre otros, habla de los procedimientos autocalmantes, que son un intento de lograr la calma por una excitación repetitiva, pero que no conducen a la satisfacción. Muchos movimientos, del tipo del golpeteo reiterado o los movimientos con el pie, muestran modos en los que lo que predomina es el principio de constancia por sobre el de placer.

Si bien todos utilizamos estos mecanismos (fundamentalmente en situaciones de tensión), cuando son los predominantes en un sujeto nos encontramos con una degradación del funcionamiento deseante. Paul Denis (2001) sostiene que en estos casos el principio de placer deja la prioridad al principio de constancia.

Un niño que no puede satisfacer sus deseos, que está en un “más allá” de la satisfacción, va a realizar un intento fallido de aplacar sus pulsiones a través de movimientos que le traerían una calma anhelada, pero que lo dejan insatisfecho.

Más que de un deseo a cumplir hay una excitación a calmar. Esto pasa con algunos video-games, que exigen acciones repetitivas y vacías de sentido, sin intervención creativa por parte del que lo “juega”.

c) Fantasmas de exclusión en una relación dual

Muchas veces (y esto se combina con lo anteriormente desarrollado) la hiperactividad del niño es el intento de asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista. Es decir, el niño supone una escena de la que él puede ser expulsado, pero no en los términos de la conflictiva edípica (donde él podría ocupar un lugar) sino en un vínculo narcisista en el que la expulsión supone un no-lugar (la inexistencia para el otro). Así, se mueve como para evitar la exclusión-anulación que vendría desde el otro. Este funcionamiento

defensivo puede suscitar en el entorno un aumento de la hostilidad, en tanto los otros queden atrapados por este fantasma de exclusión y reaccionen imponiendo su presencia.

Es claro que son niños, no pueden sostener la representación de la madre y no se suponen existiendo en la cabeza de ella, en sus pensamientos, cuando no están. Suelen exigir una especie de “cuerpo a cuerpo” con ella, pero esto también les resulta insoportable y se alejan, intentando desprenderse a través del movimiento, acto con el cual vuelven a convocarla, sin que ninguno de los dos pueda separarse.

d) Dependencia de la mirada materna

Es habitual que el movimiento del niño capture la atención del adulto, que está pendiente, mirándolo como potencialmente peligroso. El otro intenta controlarlo con su mirada y este control, al ser vivido como encerrante, suscita mayor movimiento, en un intento de volver a ejercer un dominio que siente perdido. La angustia se manifiesta como descontrol de su propio cuerpo y supone que es la madre la que se ha adueñado de sus movimientos. Y lo que es cierto es que el adulto intenta muchas veces manejarlo a “control remoto”.

Podemos ver estas situaciones en los casos en que, después de trabajar con un niño durante 50 minutos, llega su madre a buscarlo al consultorio. Inmediatamente, el niño comienza a correr por el consultorio, a tocar todo, mientras ella le repite: “Quédate quieto. No toques, no saltes”, lo que potencia el actuar del niño. Es casi como si él entendiera como órdenes: “muévete, toca, salta”, las indicaciones maternas.

e) Falla en la estructuración de representaciones preconcientes

Sabemos que lo único que frena la acción inmediata es el pensamiento. Es la posibilidad de interponer recorridos más complejos lo que frena la vía directa entre el impulso y la acción.

Pero para esto tuvo que haberse instaurado una red de representaciones preconscientes, como caminos alternativos, modulando el devenir pulsional.

¿Cómo se instaura esta red?

Para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no sólo por los brazos de otros sino también por pensamientos de otros. Ser pensado implica recibir un baño de pensamientos y es posibilitador del armado de pensamientos propios (D. Anzieu, 1998).

Armado imprescindible para frenar la descarga inmediata de la tensión.

El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, en relación a los otros que lo rodean, fundamentalmente en relación al funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre él que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación.

Si lo pensamos en términos de Bion, como función alfa y beta, podemos decir que para construir el aparato para pensar los pensamientos, el niño tiene que encontrarse con una madre que lo piense, que frente a sus irrupciones, metabolice, piense y responda poniendo y poniéndose palabras frente a los efectos del niño.

En la medida en que se va pensando a sí mismo como alguien, en que puede ir armando una representación de sí, a partir de la imagen de sí que le dan los otros, esta organización representacional va a actuar inhibiendo la descarga directa, la tendencia a la alucinación o a la defensa patológica (la expulsión del recuerdo).

Pero hay modos de traducir, de organizar los pensamientos inconscientes de un modo preconsciente que es anterior a la

palabra, o que puede ser simultánea a ella. Son lo que llamamos preconsciente cinético y preconsciente visual. Por ejemplo, cuando un nene se cayó y uno le pregunta que pasó, realiza toda la acción, diciendo nene-apumba. Pero no dice sólo nene-apumba, él repite la acción, arma toda la escena nuevamente, se tira al piso, se vuelve a tropezar con lo que se tropezó.

Entonces, en primer lugar, es necesario el armado de un conjunto de representaciones preconcientes (primero, a nivel motriz) que abra vías más complejas para re-encontrar la satisfacción.

Hay niños que fracasan en la instauración del sistema pre-consciente, así como en la elaboración de los procesos terciarios: así la capacidad para mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y de la acción.

Pero, además, es habitual que los niños que se mueven sin rumbo no hayan podido estructurar representaciones preconscientes ya en el nivel del pensamiento cinético. O sea que sus movimientos no sean modos de relatar con acciones. También esto explica la bibliografía sobre el tema en la que se afirma que la hiperactividad del niño no tiene “sentido” y que, por eso, los adultos nos angustiamos e intentamos ponerle nombre o explicar aquello que no “dice” claramente (a diferencia de un niño que cuenta con sus acciones y sus gestos lo que le pasa). Esto no quiere decir que el niño no “diga” con lo que le pasa, sino que sus actos no son acciones sino manifestaciones de angustia, de desesperación, de estallido interno.

Se podría afirmar que el movimiento, en estos casos, sería un sustituto fallido de la actividad ligadora de las representaciones.

f) Fracaso en la constitución del espacio de la fantasía

He planteado en otros artículos que estos niños actúan sus fantasmas, quedando atrapados por ellos. Sus juegos, entonces, tienen un carácter muy particular que pondría en

duda el hecho mismo del jugar. ¿Hasta dónde podemos hablar de juego o es más bien una escena que está siempre en el límite mismo entre realidad y juego, escena que no puede ser estrictamente representada sino que genera movimientos?

A la vez, la satisfacción que implica el juego es diferente a una actividad mecánica, repetitiva. Así, el carácter elaborativo del juego está ligado a la posibilidad de hacer pequeñas variaciones en la repetición, lo que suele fracasar en estos casos. (Esto plantea la necesidad, por parte del analista, de ir incluyendo pequeñas variaciones en las escenas, para pasar de la actuación al juego).

g) Déficit en el armado de una “piel” unificadora

También el desfallecimiento narcisista deberá ser tomado en cuenta.

Hay niños que se mueven buscando un “borde”, un armado narcisista del que carecen. La falta de seguridad interna, así como los imperativos del yo ideal (que no permiten construir ideales que permitan un margen de libertad), dejan a estos niños con severas dificultades para armar una imagen sostenible de sí mismos.

No pueden constituir el yo como envoltura, como representación totalizadora del propio cuerpo y entonces buscan límites en el afuera, al golpearse contra las paredes o en el grito del otro (límites que lo dejan más indefenso aún, más angustiado y que lo re-envían a un movimiento con el que trata de ligar una angustia indecible).

Así, la envoltura que le da la misma excitación (como sensación), la voz y las miradas de los otros, son el modo de sustituir la falla en el armado del yo-piel.

h) El tema de la muerte

Diferentes autores se han referido a la hiperactividad (o inestabilidad o hiperkinesia) como defensa maníaca contra la

depresión. (R. Diatkine, P. Denis, 1985). Me parece que esto es así en algunos casos, pero no en todos.

La problemática de la muerte (propia y de los padres y hermanos) se plantea habitualmente. Para un niño, la muerte suele ser equiparada a la quietud. Y cuando el adulto los conmina a estar quietos, suelen suponer que lo quieren eliminar, lo que en parte se corresponde con el deseo del adulto de que ese niño “no moleste”.

Esto, vivido como un deseo de muerte del otro, reactualiza angustias de muerte muy tempranas (a veces, en niños que han sufrido situaciones de enfermedades u operaciones de muy pequeños) y promueve un intento, siempre fallido, de mostrarse vivo a pesar de todo. Cuando esto puede ser elaborado, el cambio es evidente.

En otros casos, no soportan sus propios deseos de muerte hacia sus progenitores. Así, un niño de cinco años pasaba sesiones arrojando objetos por el aire, sin poder parar en una especie de carrera desenfrenada. Un día, en que jugaba conmigo a una especie de lucha entre dos muñecos (cada uno de nosotros sostenía a uno pero él dirigía los movimientos de ambos), tira mi muñeco y dice que se cayó al agua y que se va a ahogar. Yo grito: “Papá, socorro”, y él me contesta: “No tenés papá, se murió”. Entonces digo: “Mamá, salváme” y él responde: “También se murió. No tenés ni mamá ni papá”. Y, muy angustiado y casi llorando, susurra: “Yo no juego más”. A partir de esa sesión fue posible hablar de sus temores a la muerte de sus padres y nombrar los objetos que tiraba, poniéndoles nombres, ligándolos con sus deseos de tirar lejos a padres y hermanos. En la medida en que fuimos trabajando estos temores, su actividad se tornó mucho más organizada.

Una situación diferente en relación a la muerte se da en algunos niños que intentan despertar a adultos deprimidos, en estado de sopor. Son niños que se mueven alocadamente cumpliendo el mandato de mantener vivo y conectado a uno de los progenitores.

i) Un modo de defenderse de los deseos de pasivización

Como no es casual que este síntoma se dé sobre todo en varones, a tal punto que se habla de un Trastorno de Déficit Atencional sin Hiperactividad, propio de las niñas, es imprescindible hacerse la pregunta acerca del por qué esta preferencia de los varones por este tipo de manifestaciones.

Que los varones sean los que molestan en clase, es cosa sabida desde hace tiempo. Qué es lo que molesta de los varones, parece no quedar tan claro.

Por los avatares del Edipo masculino, el varón supone que obedecer a otro y, sobre todo, quedarse pasivo frente a otro, es un equivalente de la feminización. Quedaría “castrado” frente a otro poderoso, activo. Es en gran medida por eso que los varones tienen muchas más dificultades que las niñas para adaptarse a un ritmo escolar en el que las maestras son las dueñas de la actividad y de la palabra.

Cuando un niño supone que los otros lo quieren ver feminizado, puede rebelarse frente a lo que supone la intrusión femenina, el control de su cuerpo por parte de mujeres y el sometimiento al padre. Revertir esto puede pasar también por revalorizar la actividad y los deseos de investigación que suelen aparecer en estos niños.

VOLVIENDO AL DIAGNÓSTICO

Si se los escucha, de diferentes modos, si no se habla por ellos sino con ellos, nuevas posibilidades se abren.

Hablar entonces de diagnóstico puede tener diferentes sentidos.

Lo que debe ser diagnosticado son los conflictos que están en juego, el modo en que el niño se defiende y de qué, si los conflictos son del orden de la fantasía o si hay una realidad perturbadora, cuáles son los elementos en conflicto, si éste es intra o intersubjetivo, si se trata en ese sentido de un síntoma o de un trastorno en la estructuración subjetiva, si

viene variando y cómo, cuál es la movilidad de las defensas, cómo está operando la repetición y en quién.

Y eso sí debemos diagnosticarlo para encontrar los medios adecuados para ayudarlo.

Si nos confundimos y en lugar de problemáticas a descubrir, suponemos que tenemos que acallar un síntoma, el riesgo es que, al intentar sostener una supuesta tranquilidad, lo que se sostenga sea la “paz de los sepulcros”, contraria al bullicio de la vida, con lo que dejamos a un niño robotizado, transformado en una marioneta al servicio de intereses que lo desconocen como sujeto.

En principio, hay un niño que necesita ayuda, que está sufriendo, que dice como puede lo que le pasa.

Considero que ningún sujeto puede ser reducido a un “sello” sin desaparecer, como sujeto humano, complejo, contradictorio, en conflicto permanente, en relación a un entorno significativo y por ende, con un cierto grado de impredecibilidad, esa libertad posible... a la que intentamos acceder.

En tanto sujeto en crecimiento, en constitución, ningún niño tiene su historia cerrada, coagulada, y lo que los profesionales podemos hacer es abrir el juego, permitir que se vayan armando nuevos caminos, que ese niño y esa familia vayan tejiendo una historia propia.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier; HAAG, G., TISSERON, S y otros (1998): *Los continentes de pensamiento*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- ARMSTRONG, Thomas (2000): *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*, Buenos Aires, Paidós.
- BERGÈS, Jean (1990): "Los trastornos psicomotores del niño" en Lebovici, S. DIATKINE, M, y SOULÉ, M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo IV, Madrid, Biblioteca Nueva, págs. 66-69.
- BLEICHMAR, Silvia (1998): "Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos", *Ensayos y experiencias N.º 25*, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- BREGGIN, P. (1998): *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- BREGGIN, P. (2000): *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.
- DAUMERIE, Nicolas (2004): «Des soignants face à l'hyperactivité: une approche des représentations. Cap. 3 de L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux. Jean Ménéchal. Edit Dunod, París.
- DILLER, Lawrence (2001): "Coca-Cola, McDonald's et Ritaline" en: *Enfances Psy N.º 14*, Érès, París.
- FERNÁNDEZ, Alicia (2000): "La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" médica lo que produce", *Revista E. Psi. B. A. N.º 10*, Buenos Aires, págs. 3-9.
- FREUD, Sigmund (1895/1950): *Proyecto de una psicología para neurólogos*, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1914b): *Lo inconsciente*, Buenos Aires, Amorrortu, vol. 14, 1979.
- FREUD, Sigmund (1914c): *Introducción al narcisismo*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 14, 1979.
- FREUD, S. (1923): *El yo y el ello*, Buenos Aires, Amorrortu, vol 19, 1979
- Golse, Bernard (2001): «L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation», en Touzin, Monique; Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros, L'enfant excité en *Enfances PSY N.º 14, 2001*, Érès, París, pág 49-56.

- GOLSE, Bernard (2003): «L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société» en Fournieret, Pierre y otros *L'enfant instable*, Le Carnet Psy N.º 78, Éditiones Cazaubon, Boulogne, pág 26-28.
- GREEN, André (1986): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Amorrortu,
- HOUZEL, Didier; Emmanuelli, Michèle; Moggio, Françoise (2000): *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, París, PUF.
- JANIN, Beatriz (1986): "Una aproximación a la problemática del aprendizaje y sus trastornos desde una perspectiva meta-psicológica". En la Revista Argentina de Psicología N.º 37.
- JANIN, Beatriz (2000a): "Effets du traitement psychanalytique sur un cas de maladie de Gilles de la Tourette", *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales*, París.
- JANIN, Beatriz, (2000b): "¿Síndrome de ADD?". *Cuestiones de Infancia N.º 5.*, Bs As, Fau Edit.
- JANIN, Beatriz (2000c): "El aprendizaje y los trastornos de atención, memoria y elaboración". En *Actualidad Psicológica N.º 282*.
- JANIN, Beatriz: (2002b): "Vicisitudes del proceso de aprender" En *Cuestiones de Infancia N.º 6*. UCES.
- JANIN, Beatriz (2002c): "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente N.º 33/34*, Bilbao.
- JANIN, Beatriz (2002c): "Vicisitudes del proceso de aprender". *Cuestiones de infancia N.º 6*, Buenos Aires, UCES.
- JANIN, Beatriz (2004): Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, *Novedades Educativas*, Buenos Aires.
- LASA ZULUETA, Alberto (2001): "Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Bilbao, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, págs. 5-81.
- MÉNÉCHAL, Jean y otros (2004): *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París
- MISÈS, R., (2001): Préface, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, págs. XI a XVII.

- NISSEN, Steven E., MD (2006): ADHD Drugs and Cardiovascular Risk, en *New England Journal* N.º 14, Volume 354:1445-1448
- RODULFO, Marisa Punta, (2005): "La generalización en el diagnóstico y sus riesgos: el caso del ADHD" en "La clínica del niño y su interior - Un estudio en detalle". Editorial Paidós.
- TOUATI, Bernard (2003): Hiperactivité: la fin de l'histoire...du sujet, en *Le Carnet Psy*, N.º 78. Éditions Cazaubon, Boulogne, Francia.
- VALENTIN, Éric (1996): "Somatizer, agir, représenter", *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.

ESTUDIO DE LA CONSTRUCCIÓN MENTAL DE LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS ANTISOCIALES*

Susana Quiroga y Glenda Cryan*****

Resumen: En este trabajo se presenta un estudio de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales en el abordaje psicoterapéutico grupal de adolescentes con conductas antisociales y autodestructivas. El mismo se llevó a cabo en la Unidad de Violencia del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Facultad de Psicología, Sede Regional Sur, UBA (UBACYT P056 y P069. Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga).

* El presente artículo muestra es resultado de una investigación que fue realizada en el marco de los Proyectos UBACYT P056 “Detección del patrón de interacción familiar-grupal y prevención de conducta antisocial y autodestructiva en adolescentes” y P069 “Análisis de proceso y de resultados de terapia grupal focalizada de corto plazo para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva”, subsidiado por la Universidad de Buenos Aires.

** Dra. en Filosofía y Letras con orientación en Psicología, UBA, 1983. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN) Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACYT 2004-2007 P069. Autora de *Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la Autodestrucción*. Domicilio postal: Gallo 1463 4.º A (1425) CABA. TE: 4824 - 4447 E-mail: suquiroma@ciudad.com.ar.

*** Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires. Becaria UBACYT. Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en el Proyecto UBACYT 2004-2007 P069. Domicilio postal: Cortina 1083 (1407) CABA. TE: 4567 - 5834 E-mail: gcryan@psi.uba.ar.

En primer lugar, se realiza un análisis de la vulnerabilidad de estos adolescentes desde diversos puntos de vista: psicosocial, intrapsíquico-intersubjetivo, familiar y transgeneracional. En el segundo, se presenta un modelo de abordaje psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas que incluye dispositivos previos a la terapia de largo plazo: Grupo de Encuadre Vincular y Representacional-GEVR y Grupo de Terapia Focalizada-GTF. En el tercero, se muestra una técnica que se realiza con el objetivo de describir y comprender la composición familiar de estos adolescentes y el análisis de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales. Por último, se presentan los tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar de estos vínculos que surgieron del análisis de esta técnica: 1: construcción mental relativamente organizada; 2: construcción mental deficitaria; y 3: construcción mental caótica del vínculo intergeneracional.

Palabras claves: Vínculos intergeneracionales – Abordaje terapéutico – Adolescentes – Conductas antisociales.

Abstract: A mental construction of the intergenerational bonds in the group psychotherapy approach of adolescents with antisocial and self-destructive behaviours is presented in this study. It was carried out in the Clinical Psychology Programme for Adolescents, Violence Unit, Southern Branch, UBA (UBACYT P056 y P069. Chair Prof. Dr. Susana Quiroga).

First, an analysis of the vulnerability of these adolescents from different points of views such as psychosocial, intrapsychic-intersubjective, familial and transgenerational outlook is done. Second, a model of the group psychotherapeutic approach with a psychoanalytic orientation organised in modules with pre-established objectives and techniques, which includes previous devices to a long-term therapy: Bond and Representation Framed Group (BRFG) and Focalised Therapy group (FTG), is presented. Third, a technique that is carried out with the aim of describing and understanding the family composition of these adolescents and the analysis of the mental construction of the intergenerational bonds is shown. Finally, three basic patterns of the intrapsychic family organization of these bonds that emerged from the analysis of this technique are presented: 1- relatively organised mental construction, 2- impaired mental construction and 3- chaotic mental construction of the intergenerational bond.

Key words: Intergenerational bonds - Therapeutic approach – Adolescentes – Antisocial behaviours.

1. INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Facultad de Psicología, Sede Regional Sur, Universidad de Buenos Aires funciona la Unidad de Violencia que asiste a adolescentes tempranos con conductas antisociales y autodestructivas y a sus padres.

En este trabajo se analiza, en primer lugar, la vulnerabilidad de estos adolescentes desde el punto de vista psicosocial, intrapsíquico e intersubjetivo, familiar y transgeneracional.

En segundo lugar, se presenta la construcción de un modelo de abordaje psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas pre-determinadas.

En tercer lugar, se muestra una técnica desarrollada en el Programa que se realiza con el objetivo de describir y comprender la composición familiar de estos adolescentes.

Por último, se analiza la construcción mental de los vínculos intergeneracionales, y los tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar de estos vínculos con sus respectivas categorías, que surgieron del análisis de esta técnica.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Perspectiva Psicosocial

Los adolescentes atendidos en la Unidad de Violencia del Programa transcurren su desarrollo en un permanente contexto de alto riesgo y vulnerabilidad psicosocial debido a la predominancia de una realidad objetiva disruptiva y traumática. A continuación se analiza esta vulnerabilidad desde diversas perspectivas.

Desde el punto de vista sociodemográfico (Quiroga y Cryan, 2005), en un estudio epidemiológico realizado en la población consultante a esta Unidad, se observó que casi el 100 % de las familias vive en casas construidas precariamente

donde existe un alto grado de hacinamiento en la densidad habitacional, y un 80 % de cohabitación y cohecho con otros miembros de la familia, mientras que sólo un quinto de estos adolescentes dispone de un espacio propio. Esta realidad psicosocial es, entre otras cosas, fuente de excitación erógena corporal continua, lo cual constituye un potencial traumático desorganizante que pone en riesgo el surgimiento, desarrollo y tramitación de los procesos endógenos en estos adolescentes. Los estímulos internos puberales son procesos que necesitan ser descargados; sin embargo, en esta población no encuentran una vía apropiada para realizar “acciones específicas” que cancelen las exigencias pulsionales de esta fase del desarrollo psicosexual (Freud, 1950).

Por otro lado, casi el 50 % de esta población establece viviendas transitorias en terrenos o casas tomadas. Desde el punto de vista contextual, esta situación genera una transgresión permanente de la ley que se instituye como un estilo de vida comunitario consensuado. Esta transgresión permanente genera fallas en la constitución de un Superyo protector, acorde a las normas y la ley, dando lugar en esta instancia psíquica a una configuración superyoica transgresora grupal.

Esta inestabilidad habitacional genera una carencia de continuidad contextual contenedora y estable, como por ejemplo el barrio o la escuela. La posibilidad de ser expulsados de los espacios de apropiación y el consiguiente cambio de contexto afectan tanto la deserción escolar y el abandono de tratamientos terapéuticos como la posibilidad de establecer vínculos intersubjetivos y grupales permanentes, necesarios para el desarrollo de esta etapa vital.

2.2. Perspectiva intrapsíquico - intersubjetivo

Desde el punto de vista intersubjetivo, estos pacientes se caracterizan ya sea por un déficit en los vínculos, que se pone de manifiesto en rasgos tales como apatía, abulia y/o desinterés por el otro (Kaës, 1991), o por la predominancia de víncu-

los de odio (Kernberg, 1989), que se manifiestan en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta o de sus pares en el grupo. Desde el punto de vista intrasubjetivo, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la cualidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual. (Quiroga y Cryan, 2004).

Siguiendo la definición de Laplanche y Pontalis (1996), entendemos el trauma (palabra del griego herida, derivada de perforar, designa una herida con efracción) como un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.

Los diversos peligros que el infante afronta pueden precipitarse en una situación traumática en diferentes épocas de la vida: el nacimiento, la pérdida del amor de la madre, el temor a la castración y la pérdida del amor del superyo (Quiroga, 2001). En todas ellas, el trauma produce un efecto devastador sobre el aparato anímico debido a la energía pulsional sin ligar. El efecto del trauma, dice Freud (1926), genera dolor o estasis libidinal.

Destacados autores han investigado sobre la importancia de los traumas tempranos en la clínica de los trastornos de la personalidad. Bion (1959), apoyándose en los desarrollos teóricos de Melanie Klein (1934), sobre las fantasías sádicas de ataque al pecho, la escisión de los objetos por parte del lactante y la identificación proyectiva –mecanismo por el cual partes de la personalidad son escindidas y proyectadas en objetos externos–, considera a este vínculo como el prototipo de los ataques a los objetos vinculares y a la identificación proyectiva como el mecanismo de defensa utilizado por la mente para deshacerse de fragmentos del yo producidos por su propia destructividad. Siguiendo este desarrollo, Kernberg (1994) sostiene que el apego intenso a la madre frustradora es el origen último de la transformación de la ira en odio. En el marco

de la teoría de las relaciones objetales, el autor entiende que la destrucción del “objeto malo” pretende restaurar mágicamente al “objeto idealizado”, pero este proceso defensivo conduce a la destrucción de la capacidad del “self” de relacionarse con el objeto externo. Fonagy (1996), por su parte, investigó que los sujetos con trastornos de personalidad fueron víctimas de abuso infantil y que en su crecimiento afrontan esta situación desestimando los pensamientos acerca de sus figuras de apego, evitando así tomar contacto psíquico con los deseos de dañarlos de sus cuidadores. Masud Khan (1974) plantea que la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas en la infancia trae aparejado lo que se conoce como trauma acumulativo o vivenciar traumático; situación intrapsíquica presente en la mayoría de nuestros pacientes que se observa en la limitación de la capacidad de la elaboración y en el desmantelamiento de la subjetividad. Desde otra perspectiva, Benyakar (2003) diferencia la realidad objetiva externa como capaz de ser potencialmente traumática, de la noción de trauma como injuria psíquica, que puede producirse o no ante efectos externos de carácter disruptivo.

2.3. Perspectiva Familiar

Desde el punto de vista familiar, se destaca el bajo nivel educativo de las figuras parentales, habiéndose encontrado que el 17 % de los padres no ha completado la instrucción básica primaria y que sólo el 4 % ha completado el secundario. Con respecto a las madres, el 50 % ha completado el primario y el 27 % tiene un estudio secundario o un oficio.

Los trabajos que desempeñan los padres son en su gran mayoría poco calificados y temporarios. Esta inestabilidad laboral y la necesidad económica de supervivencia genera dos tipos de respuesta: la entrada en contextos laborales transgresores como venta de drogas, robos, estafas, etc., o por el contrario, una resignación pasiva de la condición de desempleado. Esta falta de estabilidad laboral y habitacional o el estado per-

manente de trasgresión condiciona la aparición de psicopatologías familiares tales como desregulación emocional, violencia, depresión y abuso de sustancias, entre otras.

Por otra parte, siguiendo a Freud (1905), “los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostarán su curso a la manera de unos diques psíquicos (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en la estética y en lo moral)” se ven trastocados en el seno de estas configuraciones familiares, donde los vínculos intersubjetivos se instituyen en base a la ruptura de los diques y no en su constitución a favor de la cultura.

Con respecto a los factores familiares analizados desde el punto de vista psicoanalítico, Quiroga (1994, 2001) planteó ciertos determinantes familiares que inducen a los adolescentes a conductas autodestructivas o al suicidio. Estos determinantes pueden ser considerados relevantes en esta población, ya que en un primer momento la agresión observada en las familias de estos adolescentes se manifiesta hacia el exterior y en un segundo momento es vuelta contra la propia persona. Es frecuente encontrar en estos adolescentes peleas callejeras con uso de armas de fuego o armas blancas, accidentes de tránsito, o lo que ellos llaman “ajuste de cuentas”. Estos determinantes familiares se presentan en las siguientes modalidades:

1. Los desbordes pulsionales: Tienen lugar en familias donde los adultos, constituidos como modelos, presentan graves patologías. Los hijos suelen soportar una conflictiva familiar básica, compulsivamente repetitiva y sin salida, cuyo desenfreno desemboca en situaciones límite, ya sea por desbordes violentos de maltrato, golpes o ataques con objetos (cuchillos, navajas, etc.) o por desbordes emocionales, catárticos donde los hijos son usados como objeto de descarga, tanto para consolar como para ser blanco de agresiones...”.

2. El discurso especulador: “En estos casos la catarsis y el caos familiar no se manifiesta, pero en su lugar, el adolescente

se siente objeto de un doble discurso, que bajo la apariencia de comprensión empática, en realidad pareciera ser objeto de especulación. Un tipo de vínculo superficial, inconsistente y desafectivizado, en el que uno o ambos padres busca la complicidad (consciente o no) del hijo para el logro de metas narcisistas...”.

3. La escisión de los discursos: “Desde el contexto familiar provienen mandatos contradictorios originados en una escisión yoica y proyecciones indiscriminadas que involucran al hijo en actuaciones sin salida, obligándolo a tomar partido por uno u otro, mientras siente a la vez, que es explotado psicopáticamente por ambos...”.

4. Desplazamiento del desamparo: “La situación de desamparo parental suele generar culpa por estar vivo. Durante la adolescencia este sentimiento es desplazado al contexto social, que es vivenciado como poco continente. Se siente exigido por figuras superyoicas (profesores, jefes) que visualiza como sádicas y abrumadoras. El rechazo, la tensión y el desconocimiento de sí mismo dentro del hogar son proyectados al exterior, que adquiere así características de no confiabilidad y persecución. El contexto se le torna amenazador y aumenta su vulnerabilidad, sus temores paranoides y sus fobias, combinado con una autoexigencia que le condiciona una salida patológica temprana como el desplazamiento actuado en la realidad familiar de los roles edípicos (por ejemplo, ser la madre o el padre de los hermanos, ocupar el lugar de pareja de la madre, “ser el padre”).

5. Manejo de vínculos de dependencia-independencia: “Otra característica parental a considerar es el manejo contradictorio de la independencia de los hijos: por un lado lo consideran maduro y autónomo y lo expulsan prematuramente para aquello que les es favorable (como asumir el trabajo, atender a hermanos menores, etc.); por otro, evitan su independencia afectiva impidiendo la ruptura de vínculos simbióticos, narcisistas y totalizantes. Reclaman del hijo una fidelidad absoluta, por

medio de amenazas de expulsión mortíferas que lo arroja al vacío y lo desestima como persona. Siguiendo el destino de desconocimiento en la mente de sus padres, el hijo se desestima a sí mismo en su sentir y pensar, perdiendo el sentido de la propia existencia...”.

6. Identidad parental de fachada: “Otra manifestación de contradicción interna paralizante se observa en familias que presentan una fachada de perfección dentro de un sistema defensivo extremadamente rígido, que encubre la posibilidad de derrumbe psíquico (Winnicott, 1963). Son padres que se comunican desde el saber y la censura permanentes. Los adolescentes, asumen por proyección, el aspecto despreciado o idealizado de los padres. Nunca es suficiente lo que hacen y “siempre podría haberse logrado algo mejor”. Esta exigencia, que atenta contra la autoestima, puede tener varios desenlaces psíquicos: estados de pánico y paralización por desmantelamiento psíquico; sentimientos de culpa o autocastigo o actuaciones autodestructivas: adicciones, violencia, enfermedad psicosomática, etc. Estas conductas inmolatorias constituyen un intento de salida de la situación paradójica, son un mensaje a la familia, con la ilusión de provocar un cambio y poder ser escuchado...”.

7. Vínculos de dependencia simbiótica: “Otro criterio clasificatorio de origen psicoanalítico toma en cuenta no sólo las manifestaciones sino la estructura interna de los vínculos, presentes en la patología familiar. En estos casos encontramos familias cuyas características simbióticas o aglutinadas (Bleger, 1967) impiden todo intento de discriminación del hijo, ya que ello es vivido como traición al núcleo familiar y se paga con la expulsión, cuyo significado es la muerte psíquica, y en ocasiones se transforma en muerte física... La rigidez en las interacciones es otra variante de estos vínculos familiares. Los padres deciden mantener a cualquier costo un tipo de defensa que convalide su propio equilibrio narcisista y el del grupo. Para ello apelan a impedir el cambio, aun a riesgo de la

autodestrucción de los hijos. Esta constelación familiar conduce al aislamiento, la incomunicación y la pobreza afectiva de los miembros y engendra en el adolescente efectos de soledad, abandono y desestima de la propia vida”.

Por último, los desarrollos de Winnicott (1990) afirman que la falta de integración familiar interfiere en el desarrollo emocional. Este autor destaca que la relación madre-hijo constituye el contexto donde se desarrolla la personalidad del niño, y enfatiza la delicada dialéctica entre el contacto y la separación, que permitirá tanto el desarrollo de las capacidades de relacionarse como las de estar solo. Así, cuando no se cuenta con una madre empática, se establecen vínculos adhesivos como manera de enfrentar el vacío; aparece el *miedo al derrumbe* que es entendido como una falla en la organización de las defensas que sostienen el self y que puede transferirse al miedo a la muerte; el paciente busca compulsivamente la muerte que ya ocurrió pero que no fue experimentada (1963). Quiroga (1994) establece una correlación entre las ideas propuestas por Winnicott y lo enunciado por Marty (1968) como depresión esencial, Kreisler (1976) como depresión fría y Green (1972) como complejo de la madre muerta, en donde la madre se declara ausente para el bebé y no puede ofrecerse como objeto de satisfacción de las necesidades. Estos desarrollos confirman lo enunciado por Winnicott acerca de que el acto delictivo constituye una apelación a las figuras paternas que han fallado en su función. La tendencia antisocial en el niño, es en realidad, un llamado a otro que pueda ocuparse de él.

2.4. Perspectiva transgeneracional

Desde la perspectiva transgeneracional consideramos lo planteado por André-Fustier y Aubertel (1997) acerca de que “Todo individuo adviene siempre a una historia que lo preexiste, de la cual es a la vez heredero y prisionero. Un individuo no puede inventar totalmente su propia historia, se ancla en la que le ha sido legada por sus predecesores; es partiendo de

estos datos como va a construir su identidad de sujeto y a tomar un lugar en el conjunto familiar”.

La clínica de este grupo de adolescentes con patologías que se centran en la actuación, es un campo particularmente interesante para observar y/o investigar la transmisión de la vida psíquica entre generaciones.

En este sentido, Quiroga (2001) plantea que la presencia de lazos familiares de tipo simbiótico subyacentes, que han estado sosteniendo patologías narcisistas, pueden desencadenar en la adolescencia duelos patológicos en la totalidad del grupo familiar. Considera relevante la presencia de fallas en la diada primaria por un estado patológico de la madre: tal estado del psiquismo materno ha influido en la historia infantil del niño, condicionando la aparición de una depresión temprana con poca o ninguna posibilidad de elaboración psíquica, que suele reaparecer en la adolescencia en forma de autodestrucción actuada. Por esta razón, destaca la importancia que tienen los estudios que apuntan a investigar sobre la significación que tiene la presencia del vínculo con el otro en los momentos primarios de la constitución del psiquismo, como determinantes de las disposiciones autodestructivas.

A partir de estas consideraciones, plantea que en psicoanálisis no es suficiente el abordaje de la dimensión del campo terapéutico individual y que es imprescindible considerar la dimensión familiar y en especial el aspecto transgeneracional (Faimberg, 1985; Kaës, 1976), lo cual implica el diálogo con la dimensión cultural. El contexto familiar real es estructurante tanto de los vínculos primarios constitutivos del narcisismo como responsable de la estructuración edípica. En ambos, las vicisitudes pulsionales del hijo tienen influencia recíproca sobre las carencias, deseos y fantasías de los padres. De la conjunción de ambos términos resulta una inscripción absolutamente singular en el aparato psíquico del niño.

Carel (1997), por su parte, plantea la hipótesis de un proceso de tipo “traumatismo, fijación y après-coup generacionales”

cuya transmisión estaría garantizada por las reglas familiares que rigen la tramitación del patrimonio superyoico. Esta hipótesis se desarrolla de la siguiente manera: una situación familiar traumática (una de cuyas formas típicas es la coincidencia temporal nacimiento-muerte, genera una representación vida-muerte (Guyolat, 1980) que desorganiza el sistema de valores de una manera en la cual el desamparo es vivido como desorden del mundo y la figura del padre se melancoliza (Guyolat, 1995). Desde este momento, la instancia superyoica ya no tiene la misma capacidad reguladora de las pulsiones. La relación entre “las fuerzas antagonistas” entre pulsión de vida y de muerte, y la prohibición, ya no se establece dentro de un adecuado compromiso neurótico y con una modalidad atemperada. Esta relación tiende a volverse dilemática y “paradojal”, con una violencia fundamental representada en vida-muerte, pulsión-prohibición, uno u otro.

Maldavsky (1991) destaca de los trabajos de Abraham y Torok (1978), Faimberg (1985) y Kaës (1993) la circulación y la eficacia intersubjetiva de ciertos acontecimientos jamás narrados, que parecen atenerse a una lógica primitiva de transmisión, a la que Freud (1933a) denominó telepática, y que supone el principio de que dos cuerpos hacen uno. Agrega que lo que en una neurosis traumática aparece como incitación exógena desmesurada, en la generación siguiente, incluso como parte de su procesamiento, se expresa como perturbación tóxica, tal como aparece en la promiscuidad, los incestos consumados, la adicción, la epilepsia o la criminalidad.

André-Fustier y Aubertel (1997) proponen que el individuo no puede construir por completo su propia historia: ancla en una historia familiar que lo precede, de la cual va a extraer la esencia de sus fundamentos narcisistas y a tomar un lugar de sujeto. Las generaciones precedentes le transmiten una herencia psíquica (Granjon, 1990) que se puede subdividir en:

- **Una herencia intergeneracional:** constituida por vivencias psíquicas elaboradas: fantasías, imagos, identifica-

ciones, que organizan una historia familiar, un relato mítico del cual cada sujeto puede tomar los elementos necesarios para la constitución de su novela familiar individual neurótica

- **Una herencia transgeneracional:** constituida por elementos en bruto, no elaborados, transmitidos tal cual, surgidos de una historia lacunar, marcada por vivencias traumáticas, por no-dichos, por duelos no hechos. Como no han sido elaborados por la generación o las generaciones precedentes, estos elementos en bruto hacen irrupción en los herederos, atravesando su espacio psíquico sin apropiación posible.

Kaës (1993) plantea que la transmisión se organiza a partir de lo negativo, a partir de lo que falta, y falla, y señala que esto ya había sido desarrollado en 1914 por Freud en “Introducción del narcisismo” (1914) al proponer que el niño se apuntala sobre lo que falta a la realización de los “sueños de deseo” de los padres. Considera que no solamente a partir de lo que es falla y falta se organiza la transmisión, sino a partir de lo que no ha advenido, lo que es ausencia de inscripción y de representación, o de lo que, en la forma del encriptado, está en éxtasis sin ser inscripto.

Por otra parte, Kaës (1997) plantea que es a través de las alianzas inconscientes como se efectúa la transmisión. Las alianzas inconscientes están destinadas, por función y por estructura, a permanecer inconscientes y a producir inconsciente. Sobre las funciones co-represoras y más generalmente co-defensivas constitutivas del inconsciente, la hipótesis básica que sugiere es que en todo vínculo intersubjetivo, el inconsciente se inscribe y se dice muchas veces, en muchos registros y en muchos lenguajes, en el de cada sujeto y en el del vínculo mismo. El corolario de esta hipótesis es que el inconsciente de cada sujeto lleva la huella, en su estructura y en sus contenidos, del inconsciente de otro, y más precisamente, de más de un otro.

3. PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES, SEDE REGIONAL SUR, UBA

A partir de la consideración de las diversas perspectivas de este marco conceptual, en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) se desarrolló un modelo de abordaje *psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas* (Proyecto UBACYT P056 “Detección del patrón de interacción familiar-grupal y prevención de conducta antisocial y autodestructiva en adolescentes” y P069 “Análisis de proceso y de resultados de terapia grupal focalizada de corto plazo para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva”), que permite un abordaje más eficaz de las patologías que presentan los pacientes atendidos y sus familias.

Se eligió a la psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica porque entendemos al sujeto humano como un sujeto del vínculo tanto como del inconsciente, cuyas leyes de funcionamiento tienen una base común que se manifiesta en los grupos, en las parejas, en las familias y las instituciones (Aberastury, 1962, 1971, 1972). La psicoterapia grupal permite la experiencia y la elaboración de transferencias múltiples tanto con los terapeutas como con los otros integrantes del grupo (Quiroga, Paradiso, Cryan, Auguste y Zaga, 2004) a partir de lo cual se ponen de manifiesto sentimientos y conductas en el aquí y ahora marcados por las experiencias tempranas. Entendemos que estas transferencias múltiples permiten la diversificación de la intensidad transferencial que caracteriza a la terapia individual. La presencia de muchas y variadas personas reales (adultos, terapeutas o padres) en el contexto de la terapia, facilita el reconocimiento de sus reacciones emocionales hacia los otros.

Este abordaje *psicoterapéutico grupal* está organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas. Estas

técnicas surgieron a partir de evaluar fracasos terapéuticos (Quiroga, González, Pérez Caputo, y Melicci, 2003; Quiroga, González, y Pérez Caputo, 2004) como deserción temprana y baja adherencia en las terapias grupales de largo plazo, regidas por las normas psicoanalíticas clásicas, es decir, atención flotante y asociación libre (Freud, 1923). Debido a que estos pacientes presentan fallas en la construcción del aparato psíquico (Marty, 1968), especialmente en las categorías básicas del principio de realidad cuyo fundamento es la ubicación en el tiempo y el espacio, la modulización permite establecer límites externos que facilitan la construcción de un andamiaje mental (Houzel, 1987) para sostener y hacer posible los contenidos del inconsciente. En este sentido, resulta importante considerar los desarrollos realizados por este autor, quien plantea que el psicoanálisis sólo pudo interesarse por lo continente, luego de haberse afirmado sobre las bases de la metapsicología y la técnica del tratamiento de la neurosis, para así abordar nuevas formas de patología. Así, tanto el psicoanálisis de niños como el de los psicóticos, el de los estados fronterizos, el de los grupos y el psicoanálisis familiar atrajeron la atención sobre las “estructuras limitantes, envolventes y continentes”, debido a que en las mismas los psicoanalistas se encontraban con posibles deficiencias en estas estructuras.

Para poder abordar las deficiencias con las que nos encontramos en este tipo de patologías (Quiroga y Cryan, 2004), el estilo de trabajo grupal en estos dispositivos (Grupo de Encuadre Vincular y Representacional-*GEVR* y Grupo de Terapia Focalizada-*GTF*) se caracteriza por una interacción entre terapeuta, co-terapeutas y pacientes, donde las técnicas de intervención están centradas en su mayoría en: a) la clarificación de aspectos cognitivos confusos; b) la confrontación con aspectos disociados intra e intersubjetivos; c) el señalamiento y la puesta de límites, como momentos previos al uso de la elaboración psíquica mediante la interpretación, como sucede en el

tratamiento de orientación psicodinámica de pacientes neuróticos.

El concepto básico de este tipo de abordaje terapéutico, tanto para los adolescentes como para sus familias, se encuentra en dos tipos de problemáticas subyacentes: 1) el vacío representacional que se manifiesta en la conducta abúlica, el desinterés por el otro o por sí mismo y la falta de energía psíquica y 2) la existencia de una repetición inconsciente en el aquí-y-ahora de vínculos internalizados patológicos del pasado, en los que predominan el desamparo y el desvalimiento psíquico. Esta constitución intrapsíquica deficitaria se recrea en el “acto” una y otra vez y es experimentada como realidad actual.

Por lo tanto, estas nuevas técnicas apuntan a:

- enfatizar la estabilidad del encuadre terapéutico;
- regular la participación del terapeuta en el nivel necesario para reducir el descontrol de los impulsos;
- tolerar la hostilidad de los pacientes en la transferencia negativa;
- bloquear las actuaciones poniendo límites a acciones que pongan en peligro a los pacientes;
- realizar señalamientos que ayuden al paciente a establecer ligaduras entre la acción y los afectos;
- focalizar el trabajo terapéutico en la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí-y-ahora más que en el material histórico;
- monitorear cuidadosamente los sentimientos de contra-transferencia.

Estos siete puntos fueron desarrollados a través de la modulización del tratamiento de orientación psicodinámica en grupos de corto plazo (GEVR y GTF), que incluyen objetivos y técnicas predeterminadas (Quiroga y Cryan, 2004). Estos dispositivos, previos al Grupo de Terapia de Largo Plazo - GTLP, son descritos a continuación:

Grupo de Encuadre Vincular y Representacional

Los Grupos de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR) son grupos de espera –abiertos y específicos– con una frecuencia semanal de una hora y media de duración. Están organizados en módulos pautados que incluyen los siguientes tópicos:

- *informar* acerca del problema utilizando material gráfico ilustrativo;
- *favorecer* la expresión verbal del problema, estimulando la participación de los pacientes para formular preguntas acerca del trastorno que padecen;
- *establecer* vínculos con la institución, los terapeutas y los pares;
- *evitar* la profundización en la comunicación de los problemas personales;
- *prevenir* la deserción producida por el tiempo de espera;
- *detectar* la capacidad de adaptación del adolescente a un encuadre grupal y
- *detectar* las conductas transgresoras y de pasaje al acto del adolescente en el grupo.

Grupos de Terapia Focalizada

Los Grupos de Terapia Focalizada (GTF) son grupos cerrados con modalidad psicodinámica (Quiroga, Paradiso, Cryan, et.al., 2003), que constan de diez reuniones de una vez por semana de una hora y media de duración, con temática focalizada, de acuerdo con edad, fase evolutiva, educación y criterio diagnóstico individual. Sus objetivos son la detección de:

- patrones de interacción familiar y grupal a través de grupos de terapia paralelos de padres e hijos;
- la capacidad de cambio psíquico del grupo familiar, y
- la prevención de conductas antisociales y autodestructivas.

- A través de este dispositivo nos proponemos:
- *comprender* el motivo de consulta o “conciencia de enfermedad”;
- *esclarecer* los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal;
- *esclarecer* los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites;
- *describir y comprender* la composición familiar;
- *trabajar* la relación del síntoma con los vínculos familiares;
- *continuar con la detección* de la adaptación del adolescente a este encuadre;
- *continuar con la detección* de las conductas transgresoras y de pasaje al acto;
- *detectar* el grado de funcionamiento psíquico.

Una de las técnicas que se utilizan para cumplir el objetivo del Grupo de Terapia Focalizada-GTF: Describir y comprender la composición familiar, consiste en la construcción de un árbol genealógico. Esta técnica permite observar la construcción mental de los vínculos intergeneracionales, afinar el diagnóstico inicial y realizar un pronóstico de la situación familiar de los pacientes. A continuación, se describirá esta técnica y se presentarán los resultados alcanzados hasta el momento.

4. METODOLOGÍA

4.1. Objetivo

Mostrar la técnica desarrollada en los Grupos de Terapia Focalizada (*GTF*) que permite observar la construcción mental de los vínculos intergeneracionales.

4.2. Muestra

27 árboles genealógicos realizados por adolescentes con conductas antisociales de ambos sexos entre 13 y 15 años (derivados por escuelas o por juzgados de menores).

4.3. Técnica

Consiste en la construcción de un gráfico de la estructura familiar en una hoja de papel. Para ello, se distribuye en una mesa una cantidad suficiente de pequeños papeles (4 cm x 2 cm) de distintos colores recortados en forma rectangular, en los cuales se les pide que escriban el nombre de sus familiares, el vínculo y una cualidad que los describa.

Se realiza una descripción detallada de la consigna, que incluye la explicación de lo que es un árbol genealógico y cómo es la construcción del mismo (en la parte superior de la hoja se ubican los abuelos, en el medio a los padres y en la parte inferior a los hijos; las tres generaciones se unen a través de líneas que señalan el parentesco). En el mismo momento, y utilizando el material con el que van a trabajar, se les indica cuál es la tarea a realizar. Esta tarea debe ser explicada con un discurso simple que se caracteriza por el uso de frases y palabras elementales, enunciadas con un ritmo lento en la verbalización. El fundamento de esta modalidad de enunciación se debe a la presencia de graves dificultades cognitivas que presentan estos pacientes (Quiroga y Cryan, 2005) y que se manifiestan en fallas en la comprensión del discurso lógico sintáctico y fonológico.

Una vez explicitada la consigna, se les pregunta si comprendieron la tarea que deben realizar y se aclaran las dudas que hayan surgido. Se les da un tiempo limitado (entre 15 y 20 minutos) para realizarlo en forma individual, sin la ayuda del terapeuta. Esta limitación obedece a sus deficiencias en su organización en las categorías de tiempo y espacio, desarrolladas en el apartado 3.

El terapeuta sólo interviene para responder las preguntas aclaratorias sobre la consigna enunciada, pero no participa ni colabora ni responde preguntas respecto de la construcción formal y de contenido, dado que esta técnica es utilizada con fines diagnósticos y pronósticos.

5. RESULTADOS

A partir del análisis de los 27 árboles genealógicos, se observó la reiteración de tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar de los vínculos intergeneracionales; los cuales pudieron subdividirse en ocho categorías. Los mismos se detallan en la siguiente tabla:

Construcción mental de los vínculos intergeneracionales
1. Construcción Mental Relativamente Organizada del Vínculo intergeneracional
a. Tres generaciones (abuelo-padre-hijo) en orden vertical y horizontal
b. Dos generaciones (padre-hijo) en orden vertical y horizontal
c. Dos generaciones, con inversión generacional (hijos-padres)
2. Construcción Mental Deficitaria del Vínculo Intergeneracional
a. Con comunicación unidireccional, circular y cerrada
b. Con comunicación unidireccional, abierta y zigzagueante
c. Con comunicación unidireccional, en bloques (abuela-padre; abuela-madre; hermano-hermano)
3. Construcción Mental Caótica del Vínculo Intergeneracional
a. Confusión del orden generacional horizontal (tío-primo-hermano)
b. Confusión del orden generacional vertical (madre-prima-hermano)

A continuación se describirán estos tres patrones con las categorías que se establecieron para cada uno de ellos.

1. Construcción mental relativamente organizada del vínculo intergeneracional

Este patrón conserva la diferencia generacional. Dentro del mismo se encontraron tres categorías posibles, a saber:

1.a Tres generaciones: Consiste en el dibujo de las tres generaciones (abuelos, padres e hijos) en un orden que hace coincidir la organización espacial con la temporal; esto quiere decir que en la parte superior de la hoja coloca a los abuelos; en el medio a los padres y en la parte inferior a los hijos.

1.b Dos generaciones: Es igual que el anterior en coincidencia en tiempo y espacio pero no se incluye a los abuelos, es decir, la primera generación en el tiempo.

1.c Dos generaciones con inversión generacional: Coincide con el 1.b en el dibujo de las dos generaciones pero invierte el orden en el espacio y el tiempo colocando en la parte inferior a los padres y en la superior a los hijos esparcidos como un ramillete floral.

2. Construcción mental deficitaria del vínculo intergeneracional

Este patrón no conserva la diferencia generacional, exceptuando la organización matriarcal. Dentro del mismo se encontraron tres categorías posibles, a saber:

2.a Con comunicación unidireccional, circular y cerrada: Los miembros familiares están unidos circularmente por una flecha unidireccional y cerrada que une el primer miembro con el próximo, sin conservar la diferencia generacional. Sin embargo los roles que no se representan espacialmente quedan registrados en la nominación escrita.

2.b Con comunicación unidireccional, abierta y zigzagueante: Conserva la unión de los miembros con una flecha unidireccional abierta y zigzagueante sin conservar la diferencia

generacional ni en el espacio ni en la nominación escrita de los miembros familiares (padre, hijo, hermano).

2.c Con comunicación unidireccional, en bloques: No conserva las pautas de una organización familiar. Por el contrario, construye bloques diádicos o triádicos o lo que se podría llamar un “bloque unipersonal” donde se representan núcleos vinculares que no incluyen la diferenciación básica de los miembros de la familia nuclear así como tampoco la diferenciación de otros miembros surgidos de la unión de ambos padres con otras parejas.

3. Construcción mental caótica del vínculo intergeneracional

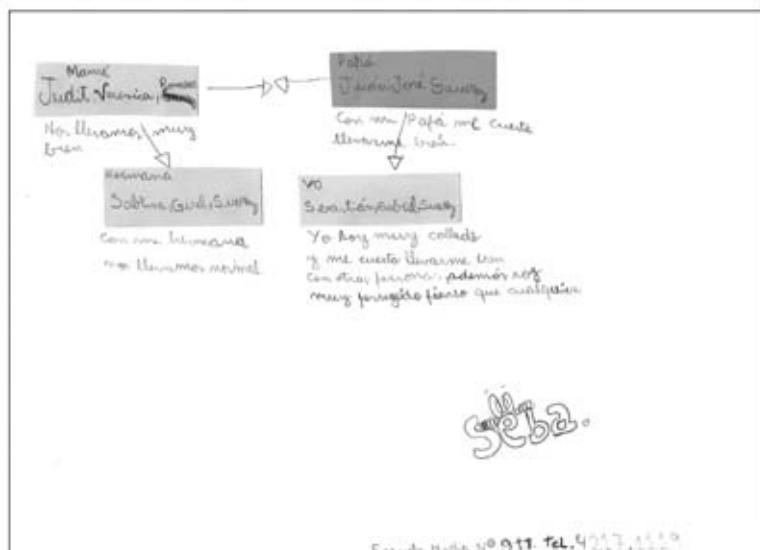
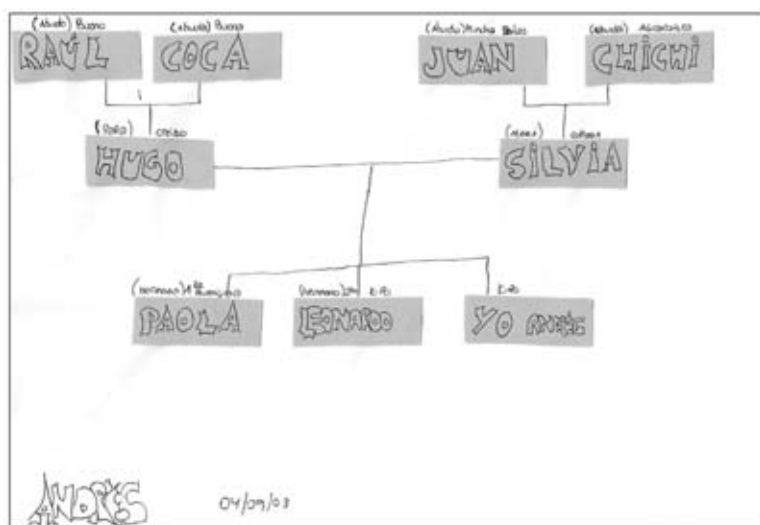
En este patrón se constituyen díadas, diferenciándose por la comunicación unidireccional y bidireccional. Dentro del mismo se encontraron dos categorías posibles, a saber:

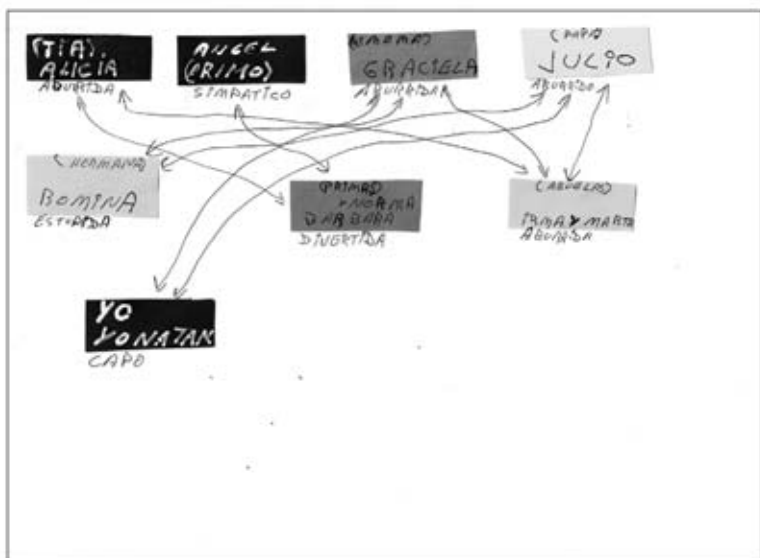
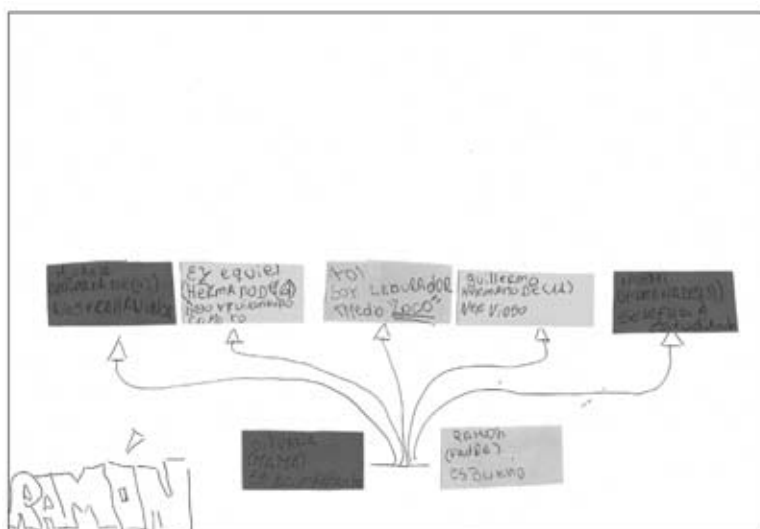
3.a Confusión del orden generacional horizontal: No conserva la diferencia generacional ni la unión de todos los miembros, ubicando por ejemplo al tío, al primo y al hermano en la misma línea horizontal.

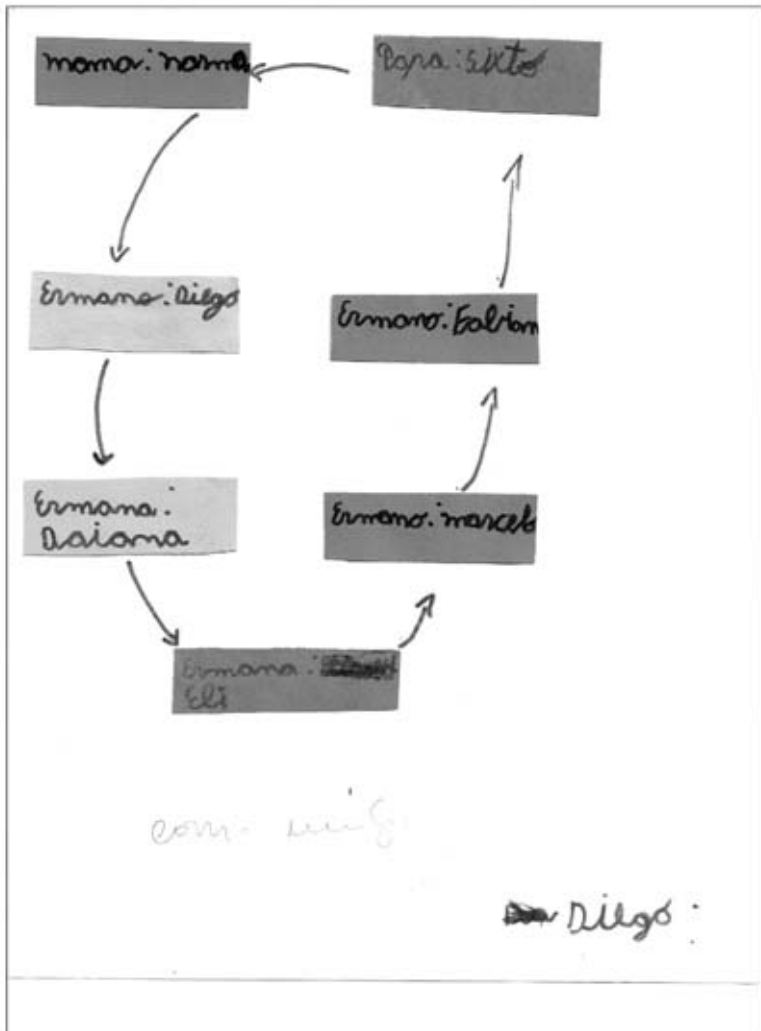
3.b Confusión del orden generacional vertical: No conserva la diferencia generacional ni la unión de todos los miembros, ubicando por ejemplo a la madre, a la prima y al hermano en una línea vertical.

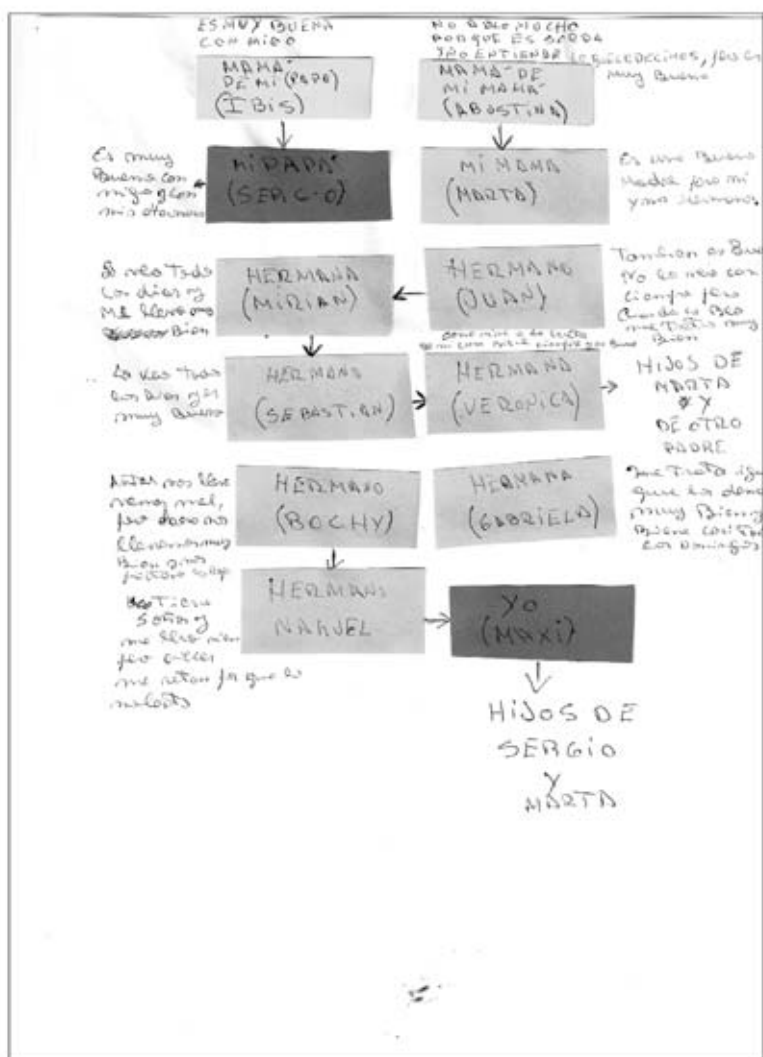
Los siguientes árboles genealógicos son modelos que ejemplifican cada una de las categorías de estos tres patrones. Los nombres fueron cambiados, conservando en los casos que fuera posible alguna asociación fonológica¹.

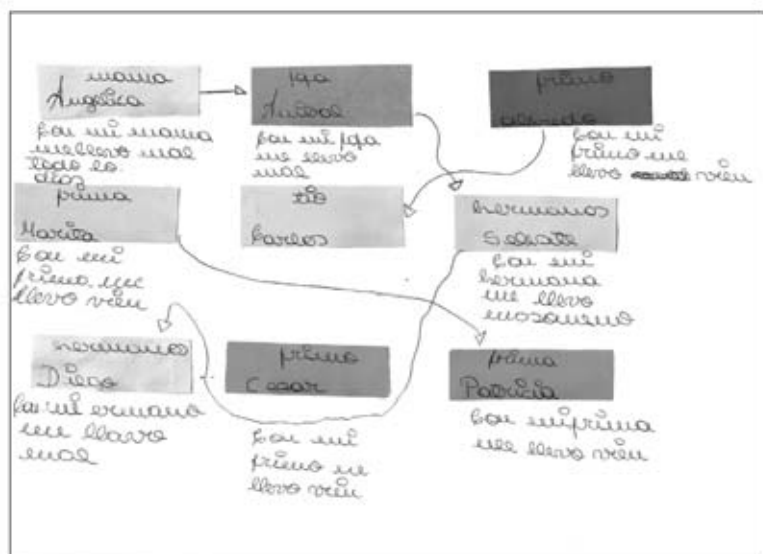
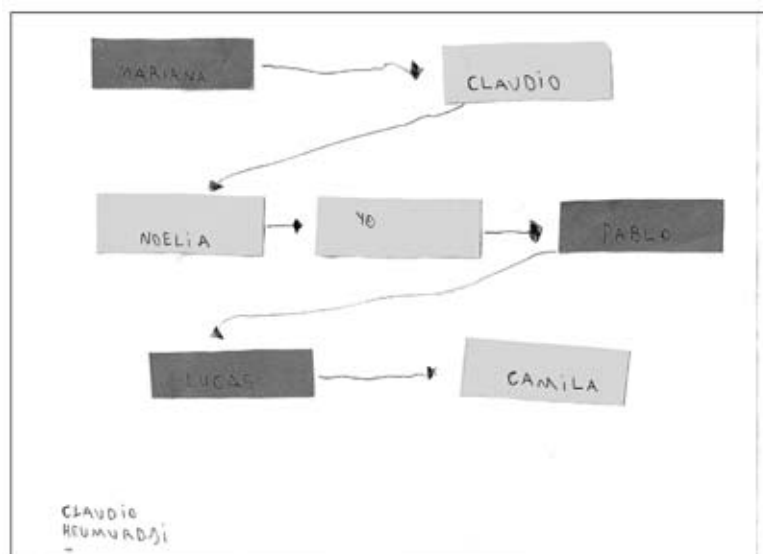
¹ La gama de colores utilizados para esta técnica son: amarillo, celeste, rosa, naranja, rojo, verde y azul. En este trabajo no se realiza un análisis de la elección y combinación de los colores. Dicho análisis se presentará en una próxima publicación.











6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo, presentamos parte de una investigación que comenzó en el año 2001 y que tiene como objetivo principal mejorar la atención de los pacientes atendidos en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes y con ello, lograr una mayor eficacia terapéutica.

Para poder construir este modelo de abordaje *psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas*, partimos de dos premisas fundamentales: 1) conocer en profundidad el funcionamiento psíquico y la realidad familiar y social en la que viven estos adolescentes, y 2) desarrollar nuevas técnicas desde el modelo teórico psicoanalítico que implican, de algún modo, adaptar los principios fundamentales de la misma para poder asistir a esta población (Proyectos UBACYT P056 y P069).

Con respecto al primer punto, hemos considerado cuatro perspectivas: psicosocial, intrapsíquica-intersubjetiva, familiar y transgeneracional. A continuación se exponen las principales ideas del desarrollo presentado.

Desde la perspectiva psicosocial, observamos que estos adolescentes conviven con la posibilidad de ser expulsados de los espacios de apropiación y que el consiguiente cambio de contexto afecta tanto la deserción escolar y el abandono de tratamientos terapéuticos como la posibilidad de establecer vínculos intersubjetivos y grupales permanentes, necesarios para el desarrollo de esta etapa vital.

Desde la perspectiva intrapsíquica-intersubjetiva, se observó que desde el punto de vista intrapsíquico estos pacientes se caracterizan ya sea por un déficit en los vínculos, que se observa especialmente en aquellos casos en los que el analista tiene que transformarse en memoria de su paciente para reencontrar aquello que quedó “en silencio” (Kaës, et. al., 1991) y que se manifiesta en rasgos tales como apatía, abulia y/o desinterés por el otro; o por la predominancia de vínculos de odio (Kernberg, 1989), que se manifiestan en “tormentas

afectivas” (Kernberg, 2003), rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta o de sus pares en el grupo. Desde el punto de vista intersubjetivo, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la cualidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual (Quiroga y Cryan, 2004).

Desde la perspectiva familiar, se destaca que la falta de estabilidad laboral y habitacional o el estado permanente de transgresión condiciona la aparición de psicopatologías familiares tales como desregulación emocional, violencia, depresión y abuso de sustancias entre otras. Resulta pertinente considerar las modalidades de ciertos determinantes familiares tales como los desbordes pulsionales, el discurso especulador, la escisión de los discursos, el desplazamiento del desamparo, el manejo de vínculos de dependencia-independencia, la identidad parental de fachada, los vínculos de dependencia simbiótica, para poder comprender la dinámica familiar de esta población.

Desde la perspectiva transgeneracional, consideramos que el contexto familiar real es estructurante tanto de los vínculos primarios constitutivos del narcisismo como responsable de la estructuración edípica. En ambos, las vicisitudes pulsionales del hijo tienen influencia recíproca sobre las carencias, deseos y fantasías de los padres y que de la conjunción de ambos términos resulta una inscripción absolutamente singular en el aparato psíquico del niño.

La consideración de estos desarrollos nos permitió avanzar sobre la segunda premisa y desarrollar este modelo de abordaje *psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas* que aquí presentamos. En esta línea, observamos que para los pacientes con déficit en la verbalización y conductas de riesgo, este tipo de abordaje muestra una mayor eficacia, que se traduce en una mayor adherencia al tratamiento y una menor deserción (Quiroga, Paradiso y Cryan, 2003). Por otra parte, una

psicoterapia grupal paralela para padres es importante debido a la organización borderline y psicótica de la personalidad que presentan y a las características disfuncionales de la organización familiar (Quiroga, Paradiso y Cryan, 2006). A través de este abordaje se facilita la toma de conciencia del motivo de consulta, la relación del mismo con su propia historia y la de su familia de origen y la repetición compulsiva de la conducta antisocial y autodestructiva.

Así, y siguiendo a Houzel (1987), entendemos que la envoltura psíquica se sitúa en el cruce de diversos campos analíticos y epistemológicos y que estos campos pueden encontrarse en el psicoanálisis individual, ya se trate de niños, adolescentes o adultos donde el concepto de envoltura psíquica incluye lo intrapsíquico del paciente, la contratransferencia del analista y los aspectos del encuadre (Bleger, 1967) o marco psicoanalítico. Por esta razón, la extensión del psicoanálisis a las terapias grupales y familiares así como al trabajo institucional enfrentan al analista con nuevos aspectos del funcionamiento psíquico que llevan a extender el concepto de envoltura psíquica a un ámbito supraindividual: grupal, familiar e institucional.

Acorde con la consideración del marco teórico y las conclusiones previas obtenidas en trabajos anteriores de estos proyectos de investigación, se construyó una técnica diagnóstica familiar de tipo gráfica que permite proyectar espacialmente la interrelación vincular, de la cual es posible deducir la construcción mental de los vínculos intergeneracionales. La utilización de la técnica del árbol genealógico, desarrollada en el módulo *GTF*, permitió analizar la construcción de los vínculos intergeneracionales que realizan estos pacientes. En este sentido, encontramos tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar: **1. construcción mental relativamente organizada**, **2. construcción mental deficitaria**, y **3. construcción mental caótica del vínculo intergeneracional**, y ocho categorías derivadas de los primeros.

El análisis de estos patrones constituye el punto de partida para describir y comprender la composición familiar por un lado, y comprender la construcción psíquica que estos pacientes tienen de los vínculos que se establecen en su familia de origen, por otro.

En este sentido, estos patrones y las categorías de los mismos constituyen un primer análisis de esta técnica. Se prevee en futuras investigaciones ampliar la muestra con el objetivo de validar estos resultados preliminares y comprobar la prevalencia de estos patrones en este grupo social. Por otra parte, resultaría interesante poder aplicarla a otro tipo de patologías (no sólo a los adolescentes tempranos con conductas antisociales) y en diferentes franjas etáreas, para poder comparar los resultados obtenidos. Asimismo, consideramos de importancia realizar el análisis de esta técnica aplicada a los progenitores de estos pacientes para observar la construcción mental de los vínculos intergeneracionales que realizan los padres y estudiar con mayor detalle la transmisión de la vida psíquica entre generaciones.

Por último, si bien esta técnica fue utilizada con fines diagnósticos, sería interesante el estudio de la misma en el curso de un análisis de largo plazo, en el cual el analista junto al paciente puedan analizar no sólo la construcción en profundidad sino también aquellos factores que la han sostenido transgeneracionalmente y que influyen en la sintomatología de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, A. (1962): *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ABERASTURY, A. (1971): *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ABERASTURY, A. (1972): *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ABRAHAM, N. & TOROK, M. (1976): *Cryptonymie. La verbier de l'Homme aux Loups*, París: Aubier-Flammarion, en Maldavsky, D. (1991) *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidades y lógicas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- ANDRÉ-FUSTIER, F. & AUBERTEL, F. (1997): "La transmisión psíquica familiar en suspenso" en Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F.; Aubertel, F.; Ciccone, A. & Kaës, R. *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- BENYAKAR, M. (2003) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Biblos, Buenos Aires.
- BION, W. (1959): *Internacional Journal of Psicoanálisis*, Vol. 40, partes 5 y 6.
- BLEGER, J. (1967): *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires, Paidós.
- CAREL, A (1997): "El après-coup generacional" en Eiguer, A.; Carel, A.; André-FUSTIER, F.; AUBERTEL, F.; CICCONE, A. & KAËS, R. (1997): *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- FAIMBERG, H. (1985): "El telescopaje de generaciones: la genealogía de ciertas identificaciones" *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, pp. 1043-56.
- FREUD, S. (1905): Tres ensayos de teoría sexual en *Obras Completas*. vol. 7. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- FREUD (1914): "Introducción del narcisismo" en *Obras completas* vol. 14. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1923): "Psicoanálisis" en *Obras Completas*, pp. 234-235 vol. 18. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1926): "Inhibición, síntoma y angustia" en *Obras completas*, vol. 20. Amorrortu editores, Buenos Aires.

- FREUD, S. (1933a): Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis en *Obras completas* vol. 22. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1950-[1895]): "Proyecto de una psicología para neurólogos", en *Obras completas* vol. 1. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- FONAGY, P., & TARGET, M. (1996): "Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality". *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- GRANJON, E. (1990): "Alliance et alienation ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle", *Dialogue*, 108, pp. 61-72, en André-Fustier, F & Aubertel, F. (1997) "La transmisión psíquica familiar en suspenso" en Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F.; Aubertel, F.; Ciccone, A. & Kaës, R. (1997): *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- GREEN, A. (1972): *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- GUYOLAT, J. (1980): *Mort naissance et filiation. Etudes de psychopathologie sur lien de filiation*, Masson, Paris, en Carel, A (1997): "El après-coup generacional" en Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F.; Aubertel, F.; Ciccone, A. & Kaës, R. (1997) *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- GUYOLAT, J. (1995): *Filiation et puerpéralité. Logiques du lien*, PUF, París en Carel, A (1997) "El après-coup generacional" en Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F.; Aubertel, F.; Ciccone, A. & Kaës, R. (1997): *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- HOUZEL, D. (1987): "El concepto de envoltura psíquica". En Anzieu, D. Houzel, D. Missenard, A., Enriquez, M. Anzieu, A. Guillaumin, J., Doron, J. Lecourt, E. & Natham, T. *Las envolturas psíquicas*. Amorrortu, 1990.
- KAËS, R. (1976): *El aparato psíquico grupal*, Paidós. Buenos Aires en Quiroga, S. (2001) *Adolescencia: ¿Crecimiento o autodestrucción?* JVE Ediciones. Buenos Aires.
- KAËS, R. & PUGET, J.: (1988): *Violencia de estado y psicoanálisis*, Bs As, CEA, 1991.

- KAËS, R.; FAIMBERG, H.; ENRIQUEZ, M. & BARANES, J.J. (1993): *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- KAËS, R. (1993): "Introducción: el sujeto de la herencia" en Kaës, R.; Faimberg, H.; Enriquez, M. & Baranes, J.J. (1993): *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- KAËS, R. (1997): "Introducción. Dispositivos psicoanalíticos y emergencias de lo generacional" en Eguier, A.; Carel, A.; André-Fustier, F.; Aubertel, F.; Ciccone, A. & Kaës, R. *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- KERNBERG, O. F. (1989): "The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior". *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America*. Philadelphia: Saunders, pp. 553-570.
- KERNBERG, O. F. (1994): *La agresión en las perversiones y en los trastornos de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- KERNBERG, O.F. (2003): "La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline" *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integrales*. Revista de psicoanálisis N.º 15.
- KHAN, M. (1963): "The concept of cumulative trauma" en *The privacy of the self*, 1974 Londres: Hogarth; New York: Int. Univ. Press.
- KLEIN, M. (1934): "Una contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos". *Contribuciones al Psicoanálisis*, Buenos Aires, Horne 1964.
- KREISLER, L. (1976): *El Niño psicossomático*. Buenos Aires: Huemul en Quiroga, S (1998) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires: Eudeba.
- LAPLANCHE, J & PONTALIS, J. (1996): *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires.
- MALDAVSKY, D. (1991): *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidades y lógicas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- MARTY, P. (1968): "La *dépression essentielle*" *Rev. Fr. Psych* 32, 594-599, en Quiroga, S. (1998) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires: Eudeba.

- QUIROGA, S. (1994): *Patologías de la autodestrucción*. Editorial Publi-
kar, Bs. As. 1998.
- QUIROGA, S. (2001): *Adolescencia: ¿Crecimiento o autodestrucción?*
JVE Ediciones. Buenos Aires.
- QUIROGA, S., PARADISO, L., CRYAN, G., MORENO, C. & AUGUSTE, L. (2003):
“La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para
adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus
padres”. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: “Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología”*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- QUIROGA, S., PARADISO, L. & CRYAN (2003): “Grupos de Terapia Focali-
zada de Tiempo Limitado para Pacientes con Trastornos de Per-
sonalidad y Conductas Antisociales” XI Congreso Argentino de
Psicología. Tema del Congreso: Realidad Actual: un desafío para
la psicología. FePRA. AUAPSI. San Juan, Argentina. 15 al 17 de
mayo de 2003.
- QUIROGA, S., GONZÁLEZ, M., PÉREZ CAPUTO, M.C., & MELICCI, J. (2003):
“Prevención de la deserción a la consulta psicológica. Inclusión
de nuevas técnicas para favorecer la eficacia terapéutica”. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: “Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología”*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- QUIROGA, S. & CRYAN, G. (2004): “Adolescentes con conducta antiso-
cial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas
terapéuticas”. *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos
Aires, Facultad de Psicología.
- QUIROGA, S., PARADISO, L., CRYAN, G., AUGUSTE, L. & ZAGA, D. (2004):
“Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conduc-
tas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno
Disocial”. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: “Psico-
logía, sociedad y cultura”*. Universidad de Buenos Aires, Facultad
de Psicología.
- QUIROGA, S., GONZÁLEZ, M. & PÉREZ CAPUTO, M.C (2004): “Una aproxi-
mación al problema de la adherencia al tratamiento con adoles-
centes vulnerables”. *Memorias de las XI Jornadas de Investiga-
ción: “Psicología, sociedad y cultura”*. Universidad de Buenos
Aires, Facultad de Psicología.

- QUIROGA, S. & CRYAN, G. (2005): "Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescente en Riesgo Psicosocial" Memorias de las XII Jornadas de Investigación: "Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional" Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- QUIROGA, S., PARADISO, L. & CRYAN, G. (2006): "Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada-GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad". Memorias de las XIII Jornadas de Investigación Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, Métodos y Técnicas". Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología.
- WINNICOTT, D. (1963): "Miedo al derrumbe" en Exploraciones psicoanalíticas. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1991.
- WINNICOTT, D. (1990): Deprivación y Delincuencia. Buenos Aires: Editorial Paidós.

SER PADRES. INTERACCIONES PRECOCES PADRES-HIJOS: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN EL BEBÉ

Juan Larbán Vera*

La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases de desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres y también el desarrollo del embarazo y del parto así como de las primeras relaciones madre-hijo y padre-hijo.

Para ser padres, padres responsables, no basta con tener hijos y punto. Ser padres es un proceso evolutivo dinámico alimentado por el deseo y necesidad de desarrollar la función parental, fundamental para la supervivencia y desarrollo del hijo. Dicha función parental, tanto materna como paterna, es un proceso de aprendizaje continuo en el que el camino se hace al andar y que, como la vida misma, sólo se termina con la muerte.

Los padres “hacen” al hijo con lo que tienen: las identificaciones primarias y secundarias, conscientes e inconscientes hacia lo maternal y femenino así como a lo paternal y masculino presentes en el mundo interno de ambos padres. Las circunstancias internas y externas son siempre diferentes con cada hijo. Esto hace que con cada hijo seamos padres diferentes.

* Psiquiatra y Psicoanalista (Ibiza). Correspondencia juan.larban@gmail.com

A su vez cada hijo es diferente para los padres, no solamente por lo que puede despertar en ellos como personas, como pareja y como padres sino también por su “capital” bio-psico-social constitucional, el potencial de sus competencias y su vulnerabilidad. “Capital” del bebé que modula los investimentos de los padres y también la relación con ellos. En cierta medida el hijo también “hace” a los padres.

Podemos ver las interacciones precoces padres-bebé como un proceso relacional y comunicacional recíproco y asimétrico que mediante su sincronización y regulación progresivas crea y desarrolla un área de mutualidad psíquica compartida que puede desembocar en una espiral interactiva de alto potencial evolutivo o en una serie de círculos cerrados generadores de trastornos precoces en la relación padres-hijo y también en el niño. Con el grave riesgo de cronificarse y de constituir núcleos defensivos y patológicos en el niño mayor y en el adulto.

Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad. En el proceso de filiación que supone el hecho de ser padres, los hijos también se inscriben en un proceso interactivo similar que les lleva a ser hijos más allá del hecho de tener padres.

Ser padres supone asumir la reactivación de una doble identificación presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener.

La reactivación identificativa se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada (tríada) y a la imagen de la función materna y paterna también interiorizadas (díada).

Tríada: relación a tres. Díada: relación a dos.

Ser padres es también asumir que nuestro hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas parentales (expectativas, deseos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes) que el bebé despierta en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con ellos. Proyecciones con las que el bebé se va identificando, introyectándolas y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones empáticas y anticipación creadora que posibilita el desarrollo sano del bebé. Pero también proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que bloquean y limitan su potencial de desarrollo.

Podemos distinguir cuatro etapas en la génesis de la maternidad:

1. Constitución de lo maternal durante las primeras relaciones de la futura madre y padre con su propia madre.
2. La etapa de separación en la que el niño-a aprende a hacerse progresivamente autónomo.
3. La etapa de auto-atribución de la función materna y paterna en la que la niña y el niño reproducen con sus juguetes y sus juegos, solos o con sus camaradas, las actitudes de su propia madre y de su padre.
4. En el transcurso de su desarrollo, la presencia del padre confirma a la hija la capacidad de ser madre y al hijo en la capacidad de ser padre.

Como vemos, la constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. Esas identificaciones, así como las experiencias de amor-odio y también de deseo que se viven y aprenden en el seno de la familia de origen, serían, pues, los elementos fundadores de la futura familia de los hijos.

Incluso si el deseo de ser madre o ser padre se presenta como un proceso consciente y programado, está siempre infiltrado de significados y deseos inconscientes.

El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente. Forma parte de la realización de la familia y de la micro-estructura emocional que la constituye. Puede también enmascarar otros deseos; por ejemplo, el de comprobar su fecundidad y para ello quedarse embarazada o provocar un embarazo “no deseado”. Puede ser también la expresión del deseo de encontrarse con su propia infancia. El deseo de tener un hijo está ligado a la pulsión de vida, al deseo de inmortalidad y a la transmisión transgeneracional.

En la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia sería muy importante tener en cuenta todo esto y evitar caer en la trampa de confundir la información con la formación.

El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad parece siempre diferente con respecto al que hemos fantaseado consciente o inconscientemente.

Cuando no hay verdaderamente el deseo de tener un hijo, sino solamente el deseo de quedarse embarazada, este deseo se corresponde más bien a una fantasía de necesidad de plenitud y de verificación del buen funcionamiento del aparato reproductor.

Sería, pues, un deseo de tipo narcisista en el que se buscaría acabar de sentirse mujer o sentirse completa como mujer. Teniendo un hijo, la mujer se encuentra y “toca” a su propia madre, llega a serlo y la prolonga.

En el análisis consciente y sobre todo inconsciente del deseo de quedarse embarazada, de tener un hijo y del origen de la maternidad, se pueden encontrar factores de riesgo y en cierta forma, indicadores predictivos sobre el desarrollo del embarazo, del parto y de las primeras relaciones madre-hijo o padres-hijos.

El embarazo provoca en el plano emocional cambios radicales en la futura madre y en el futuro padre que se corresponderían con una crisis de identidad. Abstracciones como fertilidad, realización de sí mismo y duelo, se hacen nociones más “encarnadas”, más inmediatas y personales.

A pesar del acompañamiento familiar (sobre todo del marido) y de la preparación al parto que se realiza durante el embarazo, la madre suele vivir toda una serie de amenazas sobre su propio cuerpo (deformaciones, sobrepeso, senos deformados, estrías) que la llevan a sentir un profundo miedo de sentirse pesada, estropeada y desvalorizada ante sus propios ojos y los de los demás. Estos miedos se atenúan y compensan por la vivencia de completud narcisista que experimenta la madre y por los cuidados especiales que necesita la regresión transitoria y parcial que la madre suele vivir a través de la identificación que hace con el fruto de su vientre, es decir, con su futuro hijo. El acceso a nuevas funciones y "roles" tanto familiares como sociales valorizan y compensan de todos estos temores a la futura madre y al futuro padre.

La crisis de identidad durante el embarazo, desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter, ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad importante, dejando de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen.

El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma y posteriormente separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo muy vivida en el segundo trimestre y el duelo y la separación que serían por anticipación vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada. Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura además de sentirse cuidada por la familia, el marido y el sistema socio-sanitario.

La situación de crisis, por lo que conlleva de sufrimiento, de vulnerabilidad (brecha en el sistema defensivo), de desequilibrio y de necesidad de adaptación a un proceso de cambio, es un momento evolutivo de transición y de riesgo que puede ser fecundo y madurativo, pero también generador de patología (enfermedad). La persona en crisis, y en este caso los padres y sobre todo la madre, suelen estar muy receptivos ante la necesidad de cuidados, de ayuda y de cambio.

En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre, de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación del marido, proporciona elementos nuevos de cuidados y maternaje que eviten o contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre, por ejemplo.

Los futuros padres, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, se hacen padres con el patrimonio y capital de recursos y competencias que han adquirido en su propia familia y en su relación con los otros a lo largo de su vida. También llevan consigo, en relación con su propia biografía, un mayor o menor grado de vulnerabilidad ante los elementos estresantes (situaciones existenciales de cambio) y un mayor o menor nivel de riesgo en función de las separaciones, pérdidas y duelos que les haya tocado vivir y sobre todo por la forma en que los han vivido o no.

Llamamos **duelo** al proceso de sufrimiento, de trabajo psíquico que realiza el ser humano para adaptarse e integrar el cambio que supone una pérdida psicológicamente valiosa e importante para él. Puede tener las mismas características que una reacción depresiva o estado depresivo tras una separación o pérdida pero sin la hemorragia de autoestima y deterioro de la propia imagen que se dan en las depresiones. Depresiones que por definición son trastornos afectivos que afectan al es-

tado de ánimo y al funcionamiento psíquico del sujeto que las padece.

Como vemos, la forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos, como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento determinante a la hora de valorar los riesgos de una eventual depresión post-parto.

El duelo (proceso normal) como reacción a la separación y pérdida que supone el parto, o la pérdida de un ser querido, así como la depresión y otras reacciones patológicas tras el parto, tanto en la madre como en el padre, representan una situación difícil y/o de riesgo no sólo para la madre, sino también para la relación temprana madre-hijo y para el propio hijo, como veremos más adelante.

En las sociedades primitivas, los rituales de “paso” o de transición, en situaciones de cambio y de crisis, ayudaban socialmente a la persona que los vivía y a su familia, evitando sufrimiento y enfermedades. Hoy día, en nuestra civilización y cultura, apenas contamos con rituales que, por su alto valor simbólico, nos ayuden a superar las pruebas y desafíos que nos supone tanto nuestra propia evolución como la vida misma.

Uno de ellos sería, desde mi punto de vista, el de obtener, mediante examen, el carné de conducir, con lo que ello representa de “prueba” de paso de la adolescencia a la edad adulta.

Referente al tema que nos ocupa, en sociedades primitivas y también antiguamente aquí en Ibiza, se practicaban rituales que hoy día se conocen con el nombre de “Covada”. Estaban destinados a integrar al padre activamente en el proceso de parentalización, desde el embarazo de su pareja, haciéndole someterse, por ejemplo, a ciertos tabúes como el de no comer carne o el de la caza (no ir de caza).

Con ello se conseguía un refuerzo de la identificación a lo maternal, en cuanto a los cuidados que requiere el embarazo y la madre, conteniendo a su vez los sentimientos de hostilidad hacia la pareja y futuro hijo que pueden acompañar vivencias de celos, envidia o rivalidad por parte del padre hacia su hijo.

Tras el parto, se hacía participar activamente al padre en el proceso de “dar vida” a su hijo, por ejemplo, soplando de forma ritual y simbólica sobre los órganos de los sentidos del recién nacido, o también el ritual por parte del padre, de meterse en la cama durante unas horas para recibir las felicitaciones de familiares y amigos. Este último aspecto es válido también para la madre que muchas veces pasa a segundo plano cuando familiares y amigos acuden a ver al hijo recién nacido.

¿Por qué les cuento todo esto? Hoy día, lo que se considera que es la preparación al parto, tanto de las primíparas (1.^a vez) como de las múltiparas (más de un parto), podría ser interpretado y practicado tanto en su vertiente informativa como de apoyo psicológico e integración de roles y funciones parentales, como uno de esos rituales de paso, actualizados y adecuados a nuestra cultura y civilización. Como veremos más adelante, la participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto que normalmente realizan las enfermeras especializadas, llamadas comadronas, es un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la aparición de patología tanto en la madre como en el padre e hijo.

En el padre, que también tiene que vivir su propio proceso de duelo, pueden aparecer reacciones depresivas más o menos durables y a veces camufladas por mecanismos de defensa como la actuación y conductas de evitación. Por ejemplo, padres que en el mejor de los casos se vuelcan en el trabajo, en lugar de estar más presentes en casa, que es lo que verdaderamente necesitan la madre y el hijo.

Tras la salida del hospital, el regreso al hogar es un momento crítico para la madre y el bebé, si no cuentan con el apoyo y ayuda adecuados por parte de la familia y sobre todo del padre.

El padre, si a su vez no tiene el apoyo y ayuda necesarios y adecuados, si se encuentra en situación de crisis, de vulnerabilidad y de riesgo, puede desarrollar trastornos psicósomá-

ticos y psíquicos que pueden ir desde un parto simbólico, como sería la expulsión de cálculos renales, hasta desarrollar una patología adictiva o delirante en los casos más graves.

Tanto en el padre como en la madre, el riesgo de enfermar o descompensarse psíquicamente es mayor tras el parto y en los primeros meses de interacción padres-hijos, que durante el embarazo.

La madre puede también presentar trastornos psico-afectivos que van desde el duelo post-parto, también llamado blues o depresión normal, que sigue al alumbramiento, hasta una depresión psicótica, con síntomas confusionales, alucinaciones corporales y exaltación defensiva y maniaca de su estado de ánimo, pasando por la depresión post-parto de la que vamos a hablar más en detalle ahora.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión post-parto es muy frecuente, ya que abarca desde un 10 % a un 15 % del conjunto de madres.

La sintomatología es la de una depresión típica. Tristeza, apatía, desinterés, auto-reproches, auto-desvalorización, etc. Aparece frecuentemente alrededor del tercer mes después del nacimiento y puede durar hasta un año e incluso más. Frecuentemente se trata de una depresión enmascarada por sintomatología fóbica (miedos) o desconexión emocional como mecanismo de defensa frente a un sentimiento intenso y con repercusiones sobre su entorno, es decir, sobre la relación madre-hijo. Como vemos, es un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por sus efectos sobre el desarrollo de los niños. Una buena parte de esos efectos se atenúa considerablemente si el padre no deprimido juega un papel activo de apoyo a la madre y ejerciendo la función materna sustitutiva.

Otras veces, la depresión aparece encubierta bajo la forma de un juicio moral que se hacen las propias madres, considerándose "malas madres". En estos casos es frecuente que no pidan ayuda, que más bien se escondan y oculten su

sufrimiento. La depresión de estas madres no suele ser tratada y cuando se detecta su problema, suelen ser poco colaboradoras con el terapeuta.

Para ver si estas depresiones post-parto podían ser detectadas y tratadas preventivamente antes, se ha realizado una investigación llevada a cabo por el Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra, en Suiza. Publicada recientemente en un libro titulado “Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos”¹.

La investigación, realizada sobre un grupo de 570 mujeres elegidas al azar, se efectúa en tres momentos evolutivos:

- En el último trimestre del embarazo.
- Tres meses después del nacimiento, en la casa (con observación de la relación madre-hijo).
- A los 18 meses después del nacimiento, también en la casa (madres deprimidas y grupo control) con observación de la relación madre-hijo y del estado de desarrollo del niño.

De estas 570 mujeres objeto de la investigación, un 10,2 % presentan depresión post-parto al tercer mes del alumbramiento.

De estas mujeres deprimidas, las 2/3 partes, es decir el 65,5 % de ellas, presentaban una depresión pre-parto que podría ser tratada con psicoterapia breve y buenos resultados.

La tercera parte (un 34,5 %) no presentaban depresión pre-parto. Estas mujeres con embarazo normal y depresión post-parto han vivido mal el parto, han sufrido problemas con el niño después del nacimiento y han sufrido también la separación madre-bebé.

Estas tres variables nos permiten detectar a las madres que no están deprimidas antes, pero lo estarán después del parto. Por otro lado, un 20 % de madres que presentan depre-

¹ MANZANO, Juan (2002): “Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos”. Ed. Necodisne.

sión pre-parto, es decir durante el embarazo, no la tienen más después del parto.

Podemos deducir que el parto y el nacimiento tienen significaciones psicológicamente diferentes para una y otras, en unos casos curándolas y en otros agravándolas en su estado psíquico.

En cuanto a los trastornos precoces de la relación madre-hijo y del desarrollo del niño, la investigación pone de relieve:

- Alteraciones precoces y durables en la afectividad y estado de ánimo depresivo del niño.
- Trastornos de ansiedad y miedos ligados a la separación madre-hijo, así como posterior problemática de desapego (actitud defensiva) del hijo hacia su madre.
- También aparece retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto, es decir, conseguir desarrollar la representación interna del objeto (objetos, madre u otros) en ausencia de éste. Esto supone un aumento de probabilidades de que el niño presente dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje así como de su aprendizaje en lo que dicho aprendizaje tiene de simbólico.

Por nuestra parte, hemos observado en estos casos un incremento del riesgo de desarrollar relaciones dependientes y adictivas y un aumento importante del riesgo de desarrollo de defensas autistas en el niño-a (vínculo de apego inseguro, con actitudes y conductas de evitación en la interacción).

RELATO DE DOS MADRES

- **1.º Relato** de una madre que describe lo que ha vivido durante su depresión post-parto, con palabras que traducen de forma conmovedora su sufrimiento y la repercusión que su estado anímico depresivo tenía sobre su entorno:

«Sentía una angustia interior. Estaba sin aliento, muy ralentizada, como en vacío. Tenía miedo de todo, todo me agredía

en la calle, los coches, las personas; me sentía siempre en otro lado; estaba ahí físicamente pero no era yo, ya fuera en una reunión familiar o con personas discutiendo entre ellas a la salida del colegio... siempre tenía un malestar.

No decía nada, no oía nada y luego, cuando me reencontraba conmigo misma, me desesperaba; luego comprendía que había niños y que había que criarlos; no podía quedarme así porque no iba a poder criarlos, ocuparme de ellos estando así y es lo que me daba miedo.

Mis relaciones con mis hijos... conseguía jugar en algún momento con ellos, participar en sus juegos, reírme con ellos, pero en esa época no eran mis hijos, eran hijos de los que me ocupaba. Un día justamente, alguien me ha dicho “sus hijos”... he respondido –pero si no son mis hijos, son los hijos de los que me ocupo, no puedo decir mis hijos, no sabía, no podía decir “mis hijos”».

– **2.º Relato** de una madre que consultó porque su hijo presentaba trastornos muy graves de separación:

«No quiere nunca dormirse solo; llora, llora, entonces con mi marido, nos arreglamos, nos acostumbramos... ya tiene tres años y estoy inquieta, mi marido también. Se duerme en su cama y luego viene a la nuestra. Dice que tiene miedo pero no sé de qué. Dice que tiene miedo de que mamá se marche. Cuando me voy el fin de semana, por ejemplo, le pregunta por mí y le dice todo el tiempo a mi marido “mamá, ve a buscar a mamá”».

Una vez, estaba en el hospital y mi marido se quedó solo con él una semana en casa; lloraba todo el tiempo y dejó de comer. Lloraba y llamaba todo el tiempo a su mamá.

Cuando juega con otros niños, mira siempre alrededor de él, le da miedo algo, no juega tranquilo como los otros niños. Siempre ha dormido mal, desde que nació.

El embarazo de mi hijo fue muy difícil, estaba muy inquieta, tenía miedo de todo, dormía muy mal por la noche y durante el día estaba muy, muy cansada; he pasado nueve meses

muy difíciles. Tenía mucho, mucho miedo pero no sé por qué. Cuando me quedé embarazada de mi hijo pensé muchas cosas, sufría mucho, lloraba todo el tiempo, tomé medicamentos para dormir. Rehusaba hablar con la gente, me sentía bien solamente cuando estaba totalmente sola, mi marido en el trabajo. Cuando me quedé embarazada de mi hijo... tuve ganas de volver a mi casa en Portugal. Tenía ganas de volver a ver a mi familia, a mi madre; sentí que necesitaba a mi madre y he pensado que tenía necesidad de alguien de mi familia; hoy es lo mismo. Mi madre está en Portugal, y mi marido, trabaja todo el día, sólo vuelve a casa por la noche, y por eso he sufrido mucho cuando estaba embarazada. Me sentía muy sola. En Portugal me siento bien, eso cambia mi carácter. Cuando llego aquí, es como si un peso dominara mi cabeza... así es la vida.

Mi padre murió hace cinco años; durante el embarazo, pensaba en ello todo el tiempo; sigo pensando mucho en esto; por la noche pienso en muchas cosas, es terrible. Estoy sola, soy una madre que hace todo por sus hijos. Jamás les pego, les hago todo. Pero antes me era difícil separarme de mi hijo, no lo conseguía. Cuando fue hospitalizado, fue terrible, pasé cinco días sin comer, lloraba todo el tiempo. Espero que ahora alguien me ayude, lo necesito”».

Para terminar, señalar una vez más la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres y en especial a la persona que ejerce la función de madre, incluidas las visitas domiciliarias de apoyo y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé. Visitas efectuadas por comadronas que también les han ayudado en la preparación al parto. Seguimiento evolutivo y cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual, de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir, situaciones de riesgo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden derivar como hemos visto en desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para

nuestros niños, su futuro y el de sus familias así como para la salud pública.

Quiero poner de relieve lo fundamental que es para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mencionados, la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre obstetras, comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infanto-juveniles, para evitar que, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, fallen los cimientos de los padres del mañana.

Esta tarea implica también el desarrollo de una política de apoyo socio-sanitario, dirigida a la familia y en especial a los cuidadores familiares para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos, política no suficientemente desarrollada ni a mi juicio adecuadamente enfocada en nuestro país. Carencia e insuficiencia de la que no solamente son responsables los políticos a nivel estatal, autonómico y municipal, sino también todos nosotros por aceptarlo y consentirlo durante tantos años.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

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

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

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

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

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A-4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar, además, el fichero que contenga el original con texto, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
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, 19-6º D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

ANTONIO POMBO SÁNCHEZ

MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ

ABDÓN MONTSERRAT I AGUADÉ

RAQUEL GUDE SAÍÑAS

RICARDO FANDIÑO PASCUAL

SUSANA VILLANUEVA SUÁREZ

MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ

M.^a SONIA GONZÁLEZ BARDANCA

ANTONIO SUÁREZ SANTOS

BEATRIZ JANIN

SUSANA QUIROGA

GLENDA CRYAN

JUAN LARBÁN VERA

- Las psicosis infantiles en la consulta de pediatría
- Yo prefiero tener pelo
- Aspectos somáticos en una población infantil en tratamiento psicoterapéutico
- Psicopatología infanto-juvenil en un centro terapéutico de menores
- Presentación de un caso clínico de una niña prematura tras 5 años de tratamiento: Ana quiere ser una princesa
- Las versiones de la aplicación de la ley
- ¿Una vez más?
(Notas sobre lo psicoanalítico y lo psicoterapéutico en la clínica)
- El ADHD y los diagnósticos de la infancia: la complejidad de las determinaciones
- Estudio de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales en el abordaje psicoterapéutico grupal de adolescentes con conductas antisociales
- Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos: reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)