CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

F. CABALEIRO	Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapéuta infantil
R. GADDINI	Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión
L. J. MARTIN	Identidad y formación en psicoterapia infantil
J. M. TOUS y M. T. MIRO	Las ansiedades del terapeuta nóvel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión
D. A. LUCIANI	Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud
	DEBATE
	* * *
M. PEREZ SANCHEZ	Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis
A. MANCHON, M. ILLAN M. GALIAN MUÑOZ y G. RODRIGUEZ	«El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica

N.º 4 1987

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

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:

M.ª del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:

Luis Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:

Marian Fernández Galindo

Comité de Redacción:

L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marian Fernández Galindo
Numancia, 24
28039 Madrid

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

S U M A R I O

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

F. CABALEIRO	Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapéuta infantil ...	5
R. GADDINI	Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión	11
L. J. MARTIN	Identidad y formación en psicoterapia infantil	33
J. M. TOUS y M. T. MIRO	Las ansiedades del terapeuta nóvel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión	51
D. A. LUCIANI	Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud	67
	DEBATE	89

* * *

M. PEREZ SANCHEZ	Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis	97
A. MANCHON, M. ILLAN M. GALIAN MUÑOZ y G. RODRIGUEZ	«El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica	123

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

Imprime Suministros Grafimar, S. A.

Depósito Legal M-35677-1985

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

ANTES DE ALZAR EL VUELO HACIA LA FORMACION DEL PSICOTERAPEUTA INFANTIL (*)

Por L. Fernando CABALEIRO FABEIRO

El tema que se va a abordar en las próximas ponencias podría constituir algo demasiado abstracto, una entelequia, si no lo situamos en el marco de la realidad de la formación del psicoterapeuta infantil en España.

Es difícil hablar de la formación del psicoterapeuta infantil sin hablar, al menos, de la formación del psiquiatra y del psicólogo de niños y adolescentes. Y es igual de difícil hablar de la formación de ambos profesionales sin tener en cuenta el estado de la infraestructura asistencial que sustenta el desarrollo de la formación. Porque ¿es posible la formación de un psicólogo o de un psiquiatra fuera de una mínima red asistencial?

En España venimos de una situación que estaba ahí, sólo hace un decenio, y que en dos palabras podría describirse —sin caricaturizar demasiado— de la siguiente forma: El neuropsiquiatra de adultos ocupándose de la Psiquiatría infantil, haciendo electroencefalogramas a niños calificados de agresivos y que eran sedados con fármacos diversos; y el psicólogo clásico pasando tests de coeficientes intelectuales que ayudaban a la Administración y al neuropsiquiatra a clasificar, marginar y almacenar a supuestos deficientes mentales. Las excepciones confirmaban la regla.

(*) Extracto de las palabras de bienvenida e introducción a la III Reunión Científica. Madrid, noviembre 1987.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Sin que esta situación haya desaparecido del todo, en los últimos años ha experimentado algunos cambios favorables:

— Ligero aumento de puestos de trabajo pe psiquiatras y psicólogos en organismos públicos.

— Aparición de una mayor demanda psíquica infantil cada vez más matizada.

— Cierto aumento del nivel de formación de los profesionales de este campo.

Estos tres cambios están sin duda interrelacionados y podríamos encontrar sus orígenes en factores tales como: la crisis socioeconómica y el cambio político, la importante situación de paro de los psicólogos y, aunque en mucha menor medida, también de los médicos, el acceso de un mayor número de niños a la escolarización y el «boom» del fracaso escolar, la llegada o el regreso de profesionales con formación infantil tanto de algunos países de Sudamérica como de Centro-Europa, las mejores condiciones para que los profesionales autóctonos con fuena formación desarrollasen una labor de docencia y el mejor acceso a la bibliografía internacional, entre otros muchos factores.

Pero, aunque ha habido un aumento de puestos de trabajo para la atención psíquica al niño y al adolescente, este desarrollo tiene desgraciadamente las siguientes características:

— No existen apena equipos sectorizados de Salud Mental Infantil, abundando sobre todo los psiquiatras o psicólogos infantiles aislados.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

— Estos psicólogos o psiquiatras pertenecen todavía a diferentes instancias públicas, inconexas, lo que con frecuencia da lugar paradójicamente a duplicidades funcionales en una situación de insuficientes recursos.

— Y, por supuesto, apenas existen Hospitales de día, Unidades de tarde, Unidades específicas para adolescentes u otros dispositivos propios de una red asistencial algo desarrollada.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica de hace dos años reconoce una situación similar cuando dice:

> «A nuestro juicio las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil son actualmente deficitarias e incipientes, mínimamente dotadas en su perspectiva asistencial y sin un marco global de planificación y ordenación dentro del sistema de cuidados de la salud mental».

A continuación dicho informe pone el acento en la peculiaridad del niño y del adolescente para concluir que debe existir una unidad cualificada para la atención infantil dentro del equipo de salud mental.

Es este el panorama asistencial con el que contamos hoy para empezar a hablar de la formación del psicólogo y del psiquiatra infantiles en los Servicios públicos.

Las especialidades de Psiquiatría y de Psicología infantiles no han sido todavía reconocidas en España. Unica-

mente hace algo más de un año que la Psiquiatría Infanto-Juvenil ha sido reconocida como un «área de capacitación específica» dentro de la especialización en Psiquiatría. No está mal empezar por algo, pero no se pueden quedar las normas establecidas al respecto, en considerar el tiempo de formación específica del psiquiatra infantil en un año o, a lo sumo, año y medio.

Suelo recordar en situaciones similares a ésta que, como condición para ser Miembro ordinario, nuestra Sociedad pide cuatro años de trabajo en equipo, de los cuales, al menos dos, han de tener lugar en equipos de adultos. También pide un mínimo de ochenta horas de supervisión de psicoterapia. Cuando se establecieron nuestros estatutos, recibimos alguna crítica en el sentido de que estas exigencias no se adaptaban a la realidad española. Nosotros considerábamos ya entonces que no era conveniente adaptarse a un panorama.

Y bien, ¿cómo se forman entonces actualmente en España tanto psiquiatras como psicólogos? Todavía es pronto para hablar de resultados en aquellos Centros que han sido recientemente aceptados como Unidades acreditadas para la formación de psiquiatras infantiles. En mi opinión la formación de psiquiatras y psicólogos infantiles se sigue llevando a cabo, en la mayor parte de los casos, a través de situaciones más o menos heroicas. Por un lado en algunos Servicios —muy pocos— situados en general en las grandes poblaciones universitarias en los que existen algunos puestos de formación mal remunerados o se tiene acceso a situaciones de voluntariado. Por otro lado está la asistencia a seminarios y supervisiones privadas, a Jornadas y Congresos, que han de suponer una cierta capacidad de desembolso. A menudo se establece el conocido círculo vicioso: «Necesito trabajo para pagar la formación

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y formación para encontrar trabajo». Existe una tercera vía, no menos heroica, y es la de quienes optan por irse al extranjero durante bastantes años para formarse.

Vistos, a vuela pluma, tanto el panorama de los Servicios asistenciales, como el de la formación de psicólogos y psiquiatras infantiles en España, tenemos ya una base para adentrarnos en la formación del psicoterapeuta. Y, de pronto, ya se me agolpan un montón de preguntas. Me apresuro por tanto a decir que el tema que nos concierne es, fundamentalmente, el de la formación del psicoterapeuta infantil de inspiración u orientación psicoanalítica. ¿Existen otros psicoterapeutas? Si sólo tuviésemos en cuenta las tres concepciones quizá de mayor relevancia o difusión en el mundo de la Psiquiatría y Psicología (El Psicoanálisis, el Conductismo y la Teoría Sistémico-comunicacional familiar), creo que sólo el psicoterapeuta de orientación analítica tiene realmente interés en llamarse psicoterapeuta. El sistémico habla más frecuentemente de terapia que de psicoterapia (de hecho del psiquismo individual hace constantemente abstracción y sólo muy recientemente comienza a interesarse en el tema). Y el conductista elabora programas de modificación de conducta o hace terapias de comportamiento.

Si aceptamos que el psicoterapeuta es el psicoterapeuta de orientación analítica, ¿necesitaría antes, o paralelamente a su formación, otra formación más amplia, como podrían ser los conocimientos epidemiológicos, médicos, farmacológicos, de manejo de tests, de elaboración diagnóstica, etc.? ¿Necesitaría algo más que una cultura académica sobre las otras concepciones importantes de los problemas psíquicos infantiles? ¿No sería lo idóneo que existiesen ciertos Servicios Públicos asistenciales y docentes en los que se adquiriese la formación psiquiátrica o psicológica ya desde un principio con una clara orientación psicoanalítica? ¿Es posible esto en los Servicios Públicos

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

coanálisis y psicoterapia? Para mí, la cuestión es: ¿Ha tenido el terapeuta una formación analítica? ¿O no?

En vez de tratar nuestros dos argumentos uno como opuesto al otro, podríamos con mayor aprovechamiento, contraponer nuestros dos argumentos a la psiquiatría infantil. En mi práctica clínica yo he tratado en psiquiatría infantil millares de niños en período de latencia. Como analista, he tratado centenares en psicoterapia individual. He tenido, en cambio, un corto número de ellos en análisis. Los criterios de distinción entre las dos, psicoanálisis y psicoterapia, son tan vagos que yo no soy capaz de ser más preciso.»

Algunos años después, Winnicott volvió sobre el argumento en su trabajo **«Finalidad del tratamiento psicoanalítico» (1962).** Decía textualmente:

«A mí me gusta hacer análisis, y miro siempre con atención el final del análisis. El análisis, en cuanto tal, no tiene sentido para mí. Yo hago el análisis porque es esto de lo que el paciente tiene necesidad. Si el paciente no tiene necesidad de análisis, entonces hago otra cosa. En análisis uno se pregunta ¿hasta dónde se puede llegar? En contraste, en mi clínica, que es un servicio de psiquiatría infantil, el slogan es: ¿Cuál es la intervención mínima con la cual el paciente puede obtener beneficio?»

Winnicott concluye el trabajo con estas palabras:

«En mi opinión, la finalidad de nuestro trabajo terapéutico no es diferente si nosotros nos encontra-

mos interpretando mecanismos mentales que son propios de los psicóticos o de los primerísimos estadios del desarrollo individual. Si nuestra finalidad es la de verbalizar el gradual nacimiento de la conciencia en el paciente a través de la transferencia, en este caso hacemos un análisis. De otra manera, somos analistas que hacen otra cosa que nosotros consideramos adecuada a la situación.»

Y ¿por qué no?

LA TERAPIA PSICOANALITICA

En la idea originaria de Sigmund Freud, al que debemos nuestros actuales conocimientos sobre la actividad psíquica, el término *psicoanálisis* indicaba un tratamiento terapéutico obtenido por medio de una especial técnica de análisis psicológico. En este sentido, se usa, aún hoy, por los analistas. Es verdad que su significado ha sido ampliado, y que el mismo término indica además una particular psicología científica fundada sobre bases biológicas además de un específico método de investigación para el estudio de la actividad psíquica. Pero un psicoanálisis quiere decir también, y es importante recordarlo, un tratamiento terapéutico psicoanalítico.

Esta denominación específica corresponde estrictamente a la técnica con la cual la terapia se conduce. Por tanto, ella, con el conjunto de los caracteres arriba descritos, confiere a la terapia psicoanalítica una posición que puede considerarse única y opuesta a la ocupada en común por las psicoterapias de cualquier otro tipo. Quiero decir de hecho y anticipo, que psicoanálisis y psicoterapia tienen

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

por objeto en común los conflictos del funcionamiento psíquico, y divergen decididamente respecto a los medios utilizados y a los fines que se proponen. Todas las psicoterapias conocidas, es decir, por mucho que sean diferentes las técnicas usadas por ellas, pueden ser unidas por los fines perseguidos y por los medios usados, en el sentido de que a diferencia del psicoanálisis éstas no son causales, sino que intentan modificar los síntomas perturbadores, y usan para esta finalidad, de distintas maneras, pero en modo esencial, el medio terapéutico de la *sugestión.* Como consecuencia de ello, los resultados que de este modo se obtienen son de naturaleza diferente a los psicoanalíticos que tratan de obtener modificaciones de la estructura de la personalidad. En este sentido, la terapia psicoanalítica ha sido también definida como una *terapia reestructurante* (Greenson).

El entendimiento causal da razón de otra característica esencial y exclusiva: del hecho de que en psicoanálisis la investigación causal con finalidad terapéutica no se puede disociar del trabajo de investigación en el plano científico. Desde Freud en adelante, la doctrina psicoanalítica se ha ido estructurando, como es sabido, sobre la base de los datos de la experiencia clínica. Hoy, se puede decir que ella conforma constantemente el trabajo clínico y es, por él, constantemente enriquecida y sostenida.

Las características hasta aquí descritas de la terapia psicoanalítica, el uso de la relación como instrumento; el entendimiento causal; la no directividad y la abstención de todo uso directo de la sugestión; el carácter reestructurante y la consiguiente naturaleza de los resultados; y la identidad entre terapia e investigación, inducen a mantener al psicoanálisis como distinto de las psicoterapias. Los analistas y los mismos psicoterapeutas, implícitamente, hacen esta distinción cuando reconocen la existencia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

de una «psicoterapia psicoanalítica» o «psicoanalíticamente orientada», de una terapia, es decir, por tanto, formada por el psicoanálisis, o desde el psicoanálisis, pero con variaciones técnicas que la acercan al grupo de las psicoterapias (frecuencia de las sesiones reducida, mayor actividad del terapeuta, mayor uso de la sugestión, menor uso de la relación y la interpretación, etc....).

Como es sabido, existen varias modalidades de psicoterapia psicoanalítica según las situaciones en las que se practica. Desde la psicoterapia psicoanalítica de las psicosis a las de grupo (1). Además, existen casos en los cuales una psicoterapia psicoanalítica puede ser indicada, a veces, temporalmente, en lugar o esperando que se produzca más tarde un psicoanálisis regular.

Una psicoterapia psiconalíticamente orientada se efectúa a menudo por psiquiatras o psicoterapeutas no cualificados como psicoanalistas, pero que se han sometido previamente a un tratamiento psicoanalítico. Pero sucede, a veces, al mismo analista cualificado, que se encuentra debiendo dosificar oportunamente su terapia pasando o deslizándose en la psicoterapia psicoanalítica. La conducción correcta de una dosis de estas características exige capacidad y experiencia por parte del analista.

Como se puede deducir de lo que ha sido argumentado hasta ahora, es el paciente quien decide que se hable de psicoterapia o psicoanálisis.

Con el análisis se movilizan los bloqueos y todos los obstáculos que interfieren en el crecimiento. El individuo,

---

(1) Existen también psicoterapias de grupo no analíticamente orientadas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

que hasta ese momento había sido orientado sólo sobre las necesidades, puede conocer también sus deseos.

Anteriormente, los deseos eran considerados muy peligrosos por algunos pacientes porque suponía admitir que estaban separados y eran diferentes y que ser en el mundo externo suponía no ser un-todo-con-el-objeto. Con la psicoterapia analítica, estos pacientes se han podido alejar de la dependencia absoluta y acercarse a los deseos. Pero ahora el análisis debe terminar porque el paciente debe afrontar una nueva área de angustia de la cual no sabe nada y que debe elaborar sólo. No puede hacerlo en el modo sistemátioc que el análisis ofrece. Estas angustias son las angustias objetales.

La cuestión es que en análisis se debe dejar de lado el concepto de curación que existe en medicina. Sólo entonces podremos empezar a entender que es lo que ocurre verdaderamente cuando un paciente se cura.

El Edipo es un punto de llegada. Los pacientes se encuentran con las angustias destructivas que hacen revivir las angustias de la pérdida del self.

¿Quién es el que se enferma? Es la estructura la que se enferma y por tanto vienen a faltar las defensas. El Edipo puede ser empujado por un trabajo sistemático, pues los pacientes deben de poder volver a entrar en el self y continuar elaborando y retomando el camino con el modo de proceder propio de cada uno.

EL DEBATIDO DILEMA DE LA SUPERVISION

La supervisión del trabajo hecho con niños debe ser considerada como un caso especial de supervisión, que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

presenta problemas diferentes y más complicados que los relativos a los casos adultos. Por cuanto los candidatos que tratan niños pueden ser ya analistas de adultos, hay mucho más que aprender. El trabajo con niños es diferente, por lo cual existe la necesidad de una particular constelación de varios puntos que pueden emerger en diferentes encuentros.

El terapeuta infantil se encuentra con dificultades mucho más complicadas en el trabajo analítico con niños que por lo que respecta al trabajo con adultos. El terapeuta infantil debe mantener una alianza con los padres, hacer frente a sus presiones y peticiones, asistirles e impartirles una cierta guía, al mismo tiempo concentrarse en *el niño como paciente* y preservar su sentido de privacidad, en el sentido de que su terapia es una cosa totalmente personal. Los mensajes y las comunicaciones de los padres deben de ser comprendidas analíticamente desde el momento en que los padres a menudo distorsionan y modifican las cosas. Sin embargo, estos contactos proveen al analista y al terapeuta de una rica información sobre el rol que el niño tiene en la familia, sobre las fantasías que los distintos miembros de la familia alimentan en relación a él y sobre la patología de los padres y de la familia. Los candidatos y los terapeutas que trabajan con niños deben, por tanto, aprender a navegar entre niño y padres.

Por otra parte, ya que los niños traen a la terapia y a la relación analítica más que los adultos situaciones de realidad (el colegio, la chica de servicio, los amigos, la misma familia, etc.), el supervisor puede perder el hilo de las asociaciones de un día para otro. Los niños tienen menos autonomía que los adultos respecto al ambiente externo que, con su continuo entrometerse, cambia personas y cosas según las persistentes fantasías inconscientes.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

La psicopatología de las figuras significativas en la vida del niño deberá ser bien encuadrada para poder considerar preguntas como: *¿Quién debería ser tratado antes que nadie en la familia? ¿Pueden los padres tolerar la mejoría de su hijo?*

Los psicoterapeutas de la infancia deben tener una comprensión clara del crecimiento y del desarrollo del individuo normal. Esto es esencial, no sólo para el diagnóstico inicial, sino también para la continua valoración del proceso y para poder encuadrar las interpretaciones en un apropiado nivel de desarrollo.

Los terapeutas que trabajan con niños deben aprender a hablar con los niños. El modelo adulto del silencio, de la confrontación de la interpretación, etc., se adecúa poco, en general, al trabajo con niños. El terapeuta infantil debe ser capaz de usar situaciones tanto gráficas como verbales. La interpretación deberá, a veces, ser hecha a través del pensamiento indirecto del juego, de las historias, etc.... Todo en palabras y conceptos, además, que el niño pueda entender.

Los candidatos terapeutas tienen a veces dificultades en encontrar el equilibrio óptimo en sus diversos roles, ya sea de observador, ya sea de participantes, roles que a menudo se alternan en la misma sesión.

El candidato puede no ser capaz de jugar o, por el contrario, puede dejarse tomar demasiado por el juego, o añadir sus propias fantasías a las del niño y empujar el juego en una dirección iniciada más por él mismo que por el niño.

Se pueden considerar cinco dificultades específicas del análisis del niño:

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

1. **Establecer y mantener el encuadre analítico.** Este es un proceso difícil, especialmente con niños orientados sobre la acción más que sobre la expresión verbal. El niño deberá ser ayudado a convertir la acción en palabras. Deberá, además, ser animado, en la medida que sea posible, a verbalizar antes de dar por descontado que sus comunicaciones pueden ser siempre entendidas. El analista podrá hacer preguntas sobre el juego y animar asociaciones al respecto. Una demasiado precoz y rápida interpretación del juego es como interpretar el contenido manifiesto de los sueños y puede llevar a una actitud pasiva y no verbal del niño, a un «desbarrar» (barrage, en francés) de interpretaciones discontinuas y no conectadas entre ellas que no puedan ser utilizadas por él. La consecuencia de una acción no es necesariamente la motivación que el niño siente por ésta. Por ejemplo, si el analista se inquieta por una acción, no es necesariamente cierto que el niño quiera enfadar al analista. Esto, naturalmente, tiene que ver con las interpretaciones en la transferencia sobre las cuales no queremos extendernos en esta ocasión.

El juego de fantasía que puede ser usado analíticamente debe ser diferente de la acción del juego, que es más necesario que sea controlada o convertida en juego de fantasía después.

2. **Ataques físicos a la persona del analista.** Niños en el período de latencia y pre-latencia, pueden tocar y usar la persona del analista. Estos contactos corporales no tienen lugar en el análisis de los adultos, y, a menudo, producen molestia en el terapeuta y la tendencia a interpretar en exceso bajo el empuje de las tensiones y las sensaciones invasivas.

3. **Cambio de una actitud analítica por una actitud pedagógica paternalista.** A través de la transferencia, el niño

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

además de la activación de los propios sentimientos de los padres, que es lo que a menudo son, los analistas pueden dirigirse al niño de una manera paternal, prohibiendo acciones o dando instrucciones pedagógicas o aliviando a un niño de sus miedos, a menudo, más que tratando con él de entenderlos y elaborarlos.

4. **Evitar la transferencia.** Los terapeutas parecen casi evitar sentimientos de transferencia con los niños, probablemente por el prejuicio de que la transferencia con los niños no se dé, no se produzca, o quizá, por las propias reacciones contratranferenciales a lo primitivo, o a la intensidad y a la urgencia de los deseos infantiles.

5. **Contratransferencia.** Los deseos infantiles primitivos, intensos y no aplazables, pueden fácilmente inducir reacciones contratransferenciales. Existen terapeutas que se encuentran mejor en el rol de madre nutricia que en el del temido rol de madre que se come a los niños, rol al cual las fantasías inconscientes del niño y la situación transferencial del momento pueden llevar.

No hay duda de que el candidato terapeuta se encuentra frente a numerosas dificultades que están presentes en el análisis de los adultos: la seducción del niño, la intensa angustia y las manifestaciones primitivas de sus impulsos pueden inducir momentos de desconcentración, de desconcierto en el terapeuta infantil. Algunos de ellos se encuentran siendo seducidos o siendo maltratados. No todos los psicoterapeutas tienen la capacidad de trabajar con niños. Algunos piensan que tener experiencia clínica en psiquiatría infantil puede ayudar a este tipo de actividad.

El juego, en el trabajo terapéutico con los niños, presenta muchas dificultades y existen desacuerdos entre los

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

supervisores a propósito de algunos aspectos específicos, de la misma manera que existen divergencias sobre otros aspectos de la terapia, como la relación con los padres *durante* la terapia del niño.

Existe, sobre todo, el problema de entender en el contenido manifiesto del juego su significado escondido. A menudo se da el problema, para el terapeuta de su participación en el juego. Algunos terapeutas son inhibidos y se mantienen en una rigurosa posición de observadores más bien que de participantes en el juego. Otros tienen dificultad para seguir el camino del paciente y añaden de su propia cosecha, tomando excesivamente a su cargo el juego. Existe también la cuestión de la interpretación del juego del niño. Algunos terapeutas tienden a interpretaciones demasiado frecuentes o demasiado prematuras. El terapeuta infantil debería sentirse comprometido enfáticamente en el juego y, al mismo tiempo, continuar funcionando como analista. Deberá aprender a jugar con el niño y también a poder salirse fuera del juego.

El supervisor debe sostener al candidato que trabaja con niños más de lo que debe hacerlo con aquel que trabaja con adultos, porque muchos aspectos del análisis de niños son más complicados y las fronteras no son tan netas y definidas. Existen además más interferencias desde el exterior. Además, el terapeuta de niños deberá de comprometerse mucho más en el significado profundo de su pensamiento y de su juego que lo que debe hacerlo el terapeuta del adulto.

Los terapeutas tienden a ser paternalistas como consecuencia de la intensidad de los impulsos de los niños. Los terapeutas infantiles sienten más la necesidad de la ayuda y de la supervisión que cuando se trata de casos con adul-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

tos. Pueden ser capaces de hacer un análisis adecuado de las defensas de los adultos y, en cambio, dejarse llevar por impulsos y dejar de lado sus incipientes defensas en el caso de niños. Puede ser necesario que el candidato aprenda lo oportuno que es intervenir y contener la actuación de un niño más que hablar de ello. Algunos consideran que siempre es equivocado interferir en las acciones del niño. La mayor parte de los psicoterapeutas americanos, sin embargo, no consideran oportuno permitir que el paciente se ponga a correr salvajemente fuera de la habitación de juego, en el apartamento del analista, y citan, como algo a evitar, el famoso caso del niño que ató juntos los zapatos de Ana Freud y que después se escapó de la habitación.

Se dan frecuentes peticiones al supervisor de psicoterapeutas infantiles de dar consejos. Muchos candidatos terapeutas, que tienen acabado un análisis desde hace poco tiempo, esperan del supervisor una especie de ayuda parecida a la que han tenido del propio analista. Se pueden dar situaciones contratransferenciales por parte de los supervisores en relación a estos candidatos, sentidos a veces como imperiosamente necesitados, que son a menudo muy investidos por los supervisores, entre otras cosas, porque hasta hace poco, no eran muchos.

La supervisión requiere, en definitiva, tener en cuenta aspectos del diagnóstico y considerar con el terapeuta la naturaleza más apropiada del encuadre para el niño particular del que se trata.

Winnicott añadiría que, tanto para el diagnóstico como para el encuadre, es importante tener en cuenta los elementos más significativos del proceso madurativo de cada niño, desde su concepción al nacimiento biológico hasta

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

alcanzar los distintos estadios de desarrollo. Con esta finalidad él dejaba por mucho tiempo y libremente asociar a los padres sobre cada uno de estos estadios en lo que podía ser la sesión preliminar (no obligatoria) con los padres, a menudo la única que habría tenido lugar durante el tratamiento del hijo. Sin embargo, a menudo en Paddington Green, el ambulatorio donde él trabajó más de cuarenta años, podía ver a un padre al mismo tiempo que veía a un niño: en general en la habitación de al lado, sin interferir sin embargo drásticamente cada vez que un niño pequeño llamaba ocasionalmente al padre o a la madre en su juego como viene descrito en el caso de Piggle. Como es sabido, Winnicott, sin embargo, dio mucha importancia, sobre todo en los últimos años, a la función que tiene el holding (contención), al encuadre (habitación, analista, etc.) y al dejarse usar del analista sobreviviendo a sus ataques; esto tiene para el niño quizá más importancia de la que tengan las interpretaciones en sí mismas. En analogía con lo que ocurre en el proceso natural del crecimiento, el holding terapéutico —compuesto por la espera, por la acogida, por las miradas y los tonos de voz, por los breves comentarios que tienden a subrayar la participación empática y el deseo de entender, la disponibilidad, etc.— son elementos esenciales para la formación del self; ese sentido del self a menudo tan precario y fragmentado, incluso inexistente, que tan frecuentemente encontramos como componente pregenital de la psicopatología de nuestros pequeños pacientes.

Querría terminar con dos de sus cartas, donde el tema de la supervisión a los psicoterapeutas no médicos viene específicamente tratado. Son dos cartas de mayo de 1954, un momento en el cual había sido planteado en muchas partes, en Inglaterra de modo especial, el problema de que la psicoterapia hecha por no médicos debería tener una adecuada supervisión.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Extraigo estas cartas de la selección de Rodman, aparecida en el mes de mayo del año pasado en la Harvard University Press, que son una verdadera contribución a la historia del psicoanálisis inglés, y no sólo del inglés.

39. A SIR DAVID HENDERSON

10 de mayo de 1954

Querido Señor David:

Me ha gustado mucho leer su conferencia, en uno de los recientes números del B.M.J.; pero hay dos puntos sobre los que querría comentar algo, y si usted está dispuesto a leer lo que escribo espero que podrá entender que la cosa más importante que tengo en la mente es que su conferencia ha sido de un alto nivel, como es normalmente todo lo que proviene de usted, y que tiene valor por su gran experiencia y por su importante posición.

Una cuestión por la cual he sentido la necesidad de escribirle es la cuestión del psicoterapeuta no médico. Reconozco que el hecho de que haya una gran petición de psicoterapia no debería conducir a situaciones de emergencia como la de los psicoterapeutas formados a medias. Nosotros somos contrarios siempre a esto en el Instituto de Psicoanálisis donde se nos pide hacer cursos abreviados o impartir lecciones de psicoterapia sin insistir en la formación personal. Como usted probablemente sabe, la praxis del Instituto es resistirse a este tipo de presiones. Sin embargo, querría sugerir que en la profesión médica la que ha dejado pasar una ocasión muy importante, por lo que respecta a la psicoterapia. Ahora es demasiado tarde

para adoptar el criterio de que sólo los médicos, hombres y mujeres, se formen (como psicoterapeutas. N.D.T.). Creo que usted podrá estar de acuerdo conmigo en que los psiquiatras han sido si acaso los más resistentes a la idea de la psicoterapia de lo que lo hayan sido otros médicos, y en una forma o en otra somos todos responsables de la situación actual.

Me gustaría preguntarme si usted sería capaz si se presentara la ocasión de sostener la idea de un psicoanalista no médico adecuadamente formado, que está absolutamente capacitado no para asumir responsabilidades médicas, sino para tratar sólo pacientes seguidos por un médico y, si es posible, por un psiquiatra.

No es sólo en el campo de la psicoterapia infantil, donde algún desarrollo de este tipo es inevitable, porque hay pocos médicos que están dispuestos a someterse a una formación que continúe después de la ya larga formación médica, sino que afecta también a la psicoterapia de los adultos: muchos adultos que llegan al análisis pueden ser derivados a un analista no médico por el hecho de que ellos no presentan importantes conflictos psíquicos. De hecho un psicoanalista cualificado desde el punto de vista médico no ve con buenos ojos tener que tratar con hospitales psiquiátricos y con los aspectos médicos especializados en la fase más escabrosa del análisis, y en tales fases busca la colaboración de un colega, de la misma manera que tiene necesidad de buscarla un analista no médico.

Yo sé que la discusión de este tema tiene muchos aspectos diferentes pero me gustaría pensar que usted, en su importante posición, ha considerado el problema de esta manera. Usted sabe bien que yo le escribo de manera

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

totalmente personal y no desde la posición oficial de miembro del Instituto de Psicoanálisis.

La otra cuestión es similar a la primera, tiene que ver con su referencia a la Psiquiatría Infantil y a la Pediatría. Aquí tengo la impresión que usted habría podido nombrarme cuando ha nombrado a Leo Kanner. No es que yo esté interesado en poner mi nombre en la lista, se lo aseguro (y estoy seguro que usted querrá creerme, de otra manera no plantearía este punto). Pero no veo por qué se deba ir a América a por algo que existe en nuestro país. Creo que usted sabe que soy un pediatra y que represento en nuestro país el puente que une la pediatría con el psicoanálisis. Hay otros, como Mildred Creak y Kenneth Cameron en el Maudsley que contribuyen igualmente a lo mismo que ha hecho Kanner, aunque sea de manera menos espectacular, pero ellos no han profundizado en la pediatría como lo he hecho yo. Estoy muy orgulloso de esta cuestión y estoy muy de acuerdo con usted cuando deplora la extrema resistencia de la pediatría a dar espacio a la psiquiatría infantil y a reconocer cómo la mitad de la pediatría es psiquiatría infantil. A los docentes de pediatría se les llama profesores de salud infantil, y esto crea gran confusión porque ni uno de ellos, ni siquiera mi amigo R. W. B. Ellis, que es de su misma ciudad, sabe verdaderamente qué es el psicoanálisis. Querría añadir que lo que usted dice sobre la pediatría y la psiquiatría infantil se podría decir también de la ginecología, en la medida en que el ginecólogo y la enfermera de la maternidad son responsables de la iniciación de la succión del seno. Recientemente existe más amistad entre la pediatría y la psiquiatría infantil, pero esta amistad no va muy a la profundidad; en cuanto a la comprensión, nosotros siempre hemos estado en contra de la resistencia que ellos tienen a dar al psicoanálisis el puesto que se merece, en la medida en que es lo mismo que lo que la fisiología y la anatomía son con la medicina física.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

De este segundo grupo de observaciones usted verá cómo yo estoy muy contento de lo que usted ha dicho y querría informarle sobre el hecho de que un gran esfuerzo se está haciendo actualmente en el intento de llegar a una mejor relación. Va a haber un interesante congreso en septiembre en Estocolmo sobre este tema, promovido por la Organización Mundial de la Salud, y ha tenido ya lugar en Ginebra hace un año una conferencia preliminar.

Al terminar esta carta no estoy muy seguro de mi finalidad, pero sé que deseo asociarme al tono general de las observaciones que usted ha hecho en su interesante conferencia.

Le saluda afectuosamente

D. W. Winnicott

42. A SIR DAVID HENDERSON

Querido Profesor Henderson:

Le agradezco enormemente haber contestado a mi carta con tanto detalle, la naturaleza de su respuesta parece permitirme poderle escribir de nuevo.

No estamos de acuerdo en dos argumentos, y lo primero de todo querría decir aún algo sobre la psicoterapia hecha por los no médicos. A pesar mío, estoy de acuerdo con la mayor parte de lo que usted ha escrito. Pero considero que si ciertamente no es posible controlar los aná-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

lisis hechos por analistas no médicos, o por cualquier otro analista, puede ser que sea siempre más fácil controlar el tipo de casos que son enviados al analista no médico. El diagnóstico es extremadamente difícil cuando se trata de cuestiones mentales, no tengo necesidad de decírselo precisamente a usted, y muchos pacientes agudos no están tan en peligro, mientras que pacientes que parecen menos enfermos pueden tener poderosas organizaciones defensivas y pueden en el análisis configurarse como profundamente enfermos. Habrá siempre errores y se deberá tolerar el hecho de que los analistas no médicos tendrán mucha necesidad de la ayuda del psiquiatra en ciertos momentos y a veces deberán pasar un caso al psiquiatra porque no pueden seguir adelante. El fracaso es sin embargo tan común en todo intento de tratar a un enfermo mental que se deberían valorar los fracasos en relación a los éxitos. Pongamos que los analistas no médicos no tengan aún a su favor éxitos; sin embargo, tiendo a sostener la formación en la idea de usarlos en casos atentamente seleccionados, o también en el trabajo institucional, donde la responsabilidad del caso singular se comparte con muchas personas. Si nos imaginamos el problema como será dentro de veinte años, nos parecerá un lujo que todas las psicoterapias sean hechas por psiquiatras, con su larga formación, y no habrá nunca psiquiatras suficientes para ocuparse ni siquiera de una décima parte de los casos más agudos, o de una milésima parte de los casos menos agudos.

Pero además encuentro que algunos de los fracasos de los cuales la gente hace responsables a los psicoanalistas, son ciertamente fracasos de personas que no han tenido una formación psicoanalítica, y desde mi punto de vista esto constituye una diferencia enorme. No modifica el hecho, sin embargo, de que los fracasos en psicoterapia se pongan en la cuenta de los psicoanalistas en su conjunto, independientemente de cómo han sido formados.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

En lo que me encuentro completamente de acuerdo con usted es en el punto en el cual describe su aversión por el analista que ignora completamente los hechos ambientales. Yo personalmente no pertenezco a esta especie y no puedo entender esta actitud, sino es por el hecho de que mientras el psicoanálisis aprende el oficio se debe concentrar sobre algo. Sin duda los analistas han sentido tener bastantes elementos en la mano para tratar con el paciente y esto es a menudo suficiente si el paciente no es de los que se encuentran en los hospitales psiquiátricos. En la última década se ha trabajado mucho por parte de los analistas en la idea de que el ambiente es muy importante en el análisis de los casos borderline, y creo que es una cuestión de tiempo (tiempo que deberá transcurrir) para que el psicoanálisis en su conjunto se preocupe por la gestión en el plano de la realidad de este asunto, sin abandonar los principios de base de la técnica psicoanalítica.

En cuanto a mi trabajo, yo siempre lo he desarrollado en el sentido de tomar en consideración también la situación de realidad; cosa que naturalmente no se puede evitar en psiquiatría infantil, ya que trabajando con niños se trabaja con la población entera, y por tanto, con el potencial caso de hospital psiquiátrico, junto con los neuróticos y el paciente que podría convertirse en un caso psicoanalítico. Yo soy de los que, como otros médicos, puede decir que ha tenido veinte mil casos personales, y me refiero a esto para mostrar que obviamente muchas cosas me han favorecido independientemente de que yo sea un analista. Sin embargo, lo que es más importante es que en el análisis de los casos bordeline yo he sido capaz de aportar mis pequeñas contribuciones al camino de los nuevos desarrollos, mientras que la cura del ambiente entero interfiere con el trabajo analítico.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Querría también hacer una referencia a la segunda parte, y es que me siento un poco molesto de haber dirigido mis críticas en esa dirección en forma de pregunta sobre por qué no tenga que ser mencionado mi nombre. Sin embargo, considero que una buena parte del trabajo de Leo Kanner se ha vuelto importante por la organización que existe en el país donde él trabaja. Yo encontraría muy difícil descubrir un solo punto en el que Kanner haya contribuido a nuestro conocimiento del desarrollo emocional del niño y del adulto. El trabajo más importante en el campo del desarrollo emocional del niño ha sido hecho en ese país y se hace también aquí. Lo que se hace en América es gran parte un derivado del trabajo que se ha organizado en torno al nombre de Ana Freud, y desde mi punto de vista los mayores desarrollos han sido en psicoanálisis, que es la fisiología y la anatomía de la psiquiatría, o quizá, de la psicoterapia. Se han hecho progresos muy considerables tanto en el plano teórico como en el plano práctico en Londres. Mildred Creak y Kenneth Cameron no son analistas pero han contribuido a su manera naturalmente, dados sus contactos con Kanner, al desarrollo de la psiquiatría infantil.

Hay otro punto que yo querría añadir. A propósito de las camas para psiquiatría infantil, yo nunca he creído que éstas deban estar en un tipo de hospital. El mismo Cameron, en el Maudsley, ha modificado la praxis hospitalaria en el sentido de formar pequeños grupos tipo albergue. Es muy poco satisfactorio tener casos de psiquiatría infantil en cualquier tipo de institución. Por otro lado, sin embargo, todos nosotros hacemos un uso muy grande de pequeños grupos, mientras los niños antisociales y psicóticos pueden ser seguidos en pequeñas unidades familiares. Hemos aprendido mucho sobre estas cuestiones durante la guerra, y yo he escrito un trabajo al final de la guerra haciendo notar que los albergues, que habían sido usados para los niños evacuados, han sido muy importan-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

tes para los psiquiatras infantiles que habían podido usarlos para el tratamiento, a veces con éxito en varios tipos de psicosis infantiles. Además la gran mayoría de fases psicóticas en los niños se atienden en la misma familia del niño y no es necesario que se atiendan de ninguna otra manera.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

IDENTIDAD Y FORMACION EN PSICOTERAPIA INFANTIL

Por Luis J. MARTIN CABRE

La formación en psicoterapia es en la actualidad posiblemente uno de los aspectos más debatidos por parte de una amplia y creciente población de psiquiatras, psicólogos y otras categorías profesionales que trabajan en servicios asistenciales descentralizados o que aspiran a ello.

A la demanda de formación se dan hoy en día las respuestas más variadas por parte de instituciones académica, asociaciones privadas y también de los propios centros asistenciales.

Sin embargo, de otro lado, asistimos a un tenómeno extraordinariamente paradójico que es el hecho de que el trabajo institucional nos pone ante la necesidad de hacernos cargo de niños gravemente perturbados y, entonces, la psicoterapia se convierte en la espina dorsal de un nuevo modo de entender el abordaje de los problemas de la salud mental infantil.

Es más, podríamos incluso sostener que la psicoterapia infantil es la única alternativa de que se dispone en este momento a la segregación del niño en instituciones y al uso de psicofármacos.

Decíamos que se tratar de un fenómeno paradójico porque a la imperiosa necesidad de recurrir a la psicote-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

rapia como instrumento principal de una nueva manera de entender la asistencia psicológica del niño, se opone la extraordinaria duración de la formación de los psicoterapeutas que, además, depende, en gran medida, de la iniciativa individual, sobre todo por lo que concierne a la parte económica. Ciertamente, el propio análisis, las supervisiones, la participación en seminarios y, en definitiva, la preparación cultural y teórica dependen de la voluntad y determinación personal de cada psicoterapeuta o aspirante a tal.

Pero, además, el proceso de formación del psicoterapeuta infantil no carece tanto de unas sólidas bases teóricas, extraídas en gran parte de la teoría psicoanalítica (de las que después nos ocuparemos), como sobre todo, de una organización estructuradora capaz de dar una continuidad y orientación al trabajo y una verificación sobre el nivel de preparación adquirido.

Por otro lado, la falta de un espacio suficientemente bien definido y legalmente reconocido, en el cual tener la posibilidad de estudiar y experimentar el cambio tanto en nuestros pacientes como en nosotros mismos, y trabajar con los factores que obstaculizan el proceso psicoterapéutico, puede acrecentar la incertidumbre del propio rol y de la propia identidad que no favorece precisamente el crecimiento y la maduración personal.

En todo caso, si bien en el plano legislativo no existe ningún reconocimiento de la figura y del rol del psicoterapeuta infantil, si bien la formación no sólo está rodeada de una incertidumbre constante, sino que implica un gasto importante y un cuestionamiento permanente a nivel personal, el número de personas que intentan formarse como futuros psicoterapeutas desborda todas las previsiones. La

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

celebración de esta reunión científica puede ser una buena prueba de ello.

El contexto de la psicoterapia infantil:

La psicoterapia infantil surge como disciplina en la medida en que se producen modificaciones importantes en el seno de la propia psiquiatría infantil, la cual, en pocos años, ha atravesado y superado todas las fases en las cuales la ciencia positivista ha intentado congelar a la psiquiatría, borrando constantemente la aproximación terapéutica.

Ciertamente, la psiquiatría infantil no podía tener autonomía si los cuadros psicopatológicos derivaban de una disfunción cerebral, aunque ésta no fuera objetiva. Los cuadros psicopatológicos infantiles debían ser asimilados a los del adulto y se consideraban variantes de éstos en época infantil o de la adolescencia.

Al principio, toda la psiquiatría infantil se reducía al campo de las cerebropatías, responsables del retraso intelectual. Sin embargo, la observación puso en evidencia que muchos cuadros de déficit o de bloqueo de las funciones intelectuales no derivaban de una disfunción cerebral objetivable. Se tuvo que recurrir entonces a expresiones del tipo: «insuficiencia mental biopática», «disfunción cerebral mínima», etc., para explicar determinados cuadros. Más adelante, se empezó a admitir que la personalidad no se podía únicamente reducir a funciones intelectuales, sino que determinados trastornos emocionales podían determinar alteraciones importantes en la inteligencia. Este nuevo enfoque derivaba no sólo de una más atenta observación y de nuevas hipótesis interpretativas,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

sino sobre todo de experiencias de intervención inéditas hasta ese momento.

En mi opinión, estas nuevas experiencias derivaban de un crecimiento y desarrollo del conocimiento acerca del psiquismo infantil desde diferentes perspectivas. Sería interminable hacer ahora una reseña histórica de todas las contribuciones, pero podemos señalar al menos algunas de las más importantes.

a) En el campo institucional, las observaciones de Spitz sobre la influencia del ambiente en el desarrollo o no desarrollo de la personalidad y de la inteligencia del niño, señalan el punto de partida de la actual revolución psiquiátrica. Spitz señala, en efecto, que determinadas situaciones de separación, expoliación y ritualismo que viven los niños hospitalizados, pueden determinar un proceso irreversiblemente letal. El síndrome del hospitalismo de Spitz, al que podríamos añadir los trabajos clásicos de Anna Freud, Burlingham, Bowlby y Mahler influencian decisivamente el proceso de transformación de las instituciones infantiles, proporcionando los criterios a seguir para que el ambiente en el que se integre al niño sea lo más idóneo posible para favorecer su desarrollo.

b) En el campo del aprendizaje y de la pedagogía es determinante el desarrollo de la neuropsicología, gracias al cual se enriquece enormemente el mapa del cerebro y de sus funciones y, sobre todo, se experimentan técnicas rehabilitadoras, de las que se ha beneficiado, particularmente, la psicopedagogía de las insuficiencias mentales y toda el área de la pedagogía conectada con los problemas del aprendizaje y de la integración de las funciones cerebrales superiores.

c) En el campo de las experiencias terapéuticas es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

fundamental la contribución de M. Klein, la cual demuestra cómo tanto la relación como las vicisitudes de la relación estructuran la personalidad y la inteligencia del niño. Su capacidad de afrontar las situaciones mentalmente más desestructuradas de niños, incluso muy pequeños, y la demostración de que se puede establecer con ellos transferencia, lo que antes se negaba redicalmente, son el origen de la psicoterapia infantil centrada en torno a la relación transferencial y extraña a cualquier preocupación pedagógica y manipulación rehabilitadora.

Estos tres campos, a los que nos hemos referido, han contribuido a delimitar tres modalidades interpretativas de la situación del niño mentalmente enfermo y tres áreas de intervención que se han desarrollado de manera divergente.

La formación en psicoterapia infantil:

Una de las primeras dificultades con las que nos encontramos a la hora de afrontar el problema de la formación en psicoterapia infantil es la de la distinción entre psicoterapia y psicoanálisis.

Se trata de una cuestión, que además de los problemas de orden técnico (número de sesiones, tipo de encuadre, contacto con los padres, etc.) y teórico que plantea, se inscribe en una situación social, cultural e histórica muy peculiar de nuestro país. En efecto, a los cambios y transformaciones culturales y metodológicas producidas en el seno de la psiquiatría se une el fenómeno del aumento numérico de los psicólogos. Esta situación favorece organizaciones espontáneas de futuros psicoterapeutas infantiles que solicitan una formación que intentan organizar al

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

amparo de la teoría psicoanalítica y de los psicoanalistas que intervienen en la formación como analistas, como supervisores individualmente o en grupo, o simplemente como coordinadores de seminarios clínicos o teóricos.

Naturalmente, entre estos grupos de futuros psicoterapeutas existe una preocupación por obtener una formación buena y rigurosa y, al mismo tiempo, una inquietante incertidumbre en torno a su identidad. A nuestro entender, son distintas las vías posibles de que se dispone para salir de esa encrucijada.

Una parte orienta su formación, simultaneando su práctica psicoterapéutica con el «training» que ofrece el Instituto de Psicoanálisis al que pertenece. Es decir, siguiendo los parámetros de la Asociación Psicoanalítica Internacional, podrá acceder, concluida la formación, a su integración en la comunidad psicoanalítica y, por lo tanto, a una identidad profesional bien precisa. En todo caso, es un hecho constatable que los psicoanalistas que realizan tratamientos de niños no son muchos y que los que los hacen, salvo excepciones, son los más jóvenes.

Otra parte, no pudiendo o no queriendo integrarse en el proceso de formación psicoanalítica de un Instituto, se mantiene al margen y organiza su formación en las más diferentes modalidades. Ni que decir tiene que en este grupo pueden darse desde opciones caracterizadas por una formación rigurosísima y muy respetable hasta las más cuestionables modalidades de «psicoanálisis y psicoterapia selváticos».

Otro grupo decide potenciar su formación específicamente en el campo de la psicoterapia infantil, valiéndose de Instituciones apropiadas para ello, por ejemplo la Tavistock Clinic de Londres, que ofrece la posibilidad de un

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

training específico para la práctica psicoterapéutica con niños. Desgraciadamente, esta opción está muy poco difundida en la mayor parte de los países.

Finalmente, otro grupo decide cimentar su formación dentro del marco institucional, que tal vez brinda la posibilidad, mejor que nadie, de sentir la integración de la identidad y la praxis psicoterapéuticas.

No nos ocupamos, evidentemente, del grupo que abandona la formación y la práctica psicoterapéutica o que abraza otras opciones teóricas distintas a la de la psicoterapia de orientación psicoanalítica.

El panorama que hemos descrito en manera enormemente breve, suscita al menos algunos puntos que nos parece oportuno destacar en aras de la discusión.

Es evidente que nos estamos ocupando de un área del saber profundamente atípica. Cualquier observador extraño a nuestro mundo podría preguntarse por qué la formación en psicoterapia infantil no se adquiere en la Universidad. Dejando a un lado los problemas entre el psicoanálisis y la Universidad, que a veces siguen teniendo vigencia en la actualidad, los motivos por los que la psicoterapia se autonomiza de la Facultad de Medicina han de encontrarse en el hecho de que, en la práctica, muchas psicoterapias empezaron a ser realizadas por personas no médicas. Efectivamente, en 1926, Freud publica el conocido artículo **«¿Pueden los legos ejercer el análisis?»**, en el cual reconoce la plena legitimidad a los no médicos para ejercitar la psicoterapia. En la actualidad, el reconocimiento, si se quiere controvertido, de que los no médicos puedan desarrollar tratamientos psicoterapéuticos sigue teniendo consecuencias de una extraordinaria importancia.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

La primera consecuencia es que la formación del psicoterapeuta se fundamenta en un modelo totalmente revolucionario en la cultura occidental, es decir, el recorrido de un camino interior en compañía de un «maestro», el análisis personal. Pero la consecuencia más extraordinaria es el descentramiento del lugar donde se administra el tratamiento, que se desplaza desde el hospital a la consulta privada del terapeuta. Las **preguntas** que, en base a lo antes expuesto, sometería a la reflexión serían:

¿Como incide esta descentralización en el espectro psicopatológico? ¿Qué tipo de nosografía clínica termina en la consulta de un psicoanalista de niños? ¿Es cierto, como dice Bion, que un psicótico puede beneficiarse de un tratamiento psicoanalítico, a condición de que esté sano?

De alguna manera, se va consolidando entre los analistas las idea de que el análisis es un proceso de interacción humana de un alto valor comunicacional y cognoscitivo que puede tener como resultado secundario y, en todo caso, no programable, un efecto modificador en el sentido terapéutico del término. Para muchos autores, además, la psicoterapia debe conservar en su estrategia y sus objetivos la finalidad de curar y aliviar lo más rápidamente posible al paciente.

¿Podría ser ésta una de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia, en el sentido que daba Freud al diferenciar el oro puro del psicoanálisis del plomo de la psicoterapia?

Otro aspecto interesante para someter a debate sería el preguntaros:

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

¿Hasta qué punto es posible mantener la estrategia terapéutica estricta del psicoanálisis cuando se afronta una psicoterapia en un servicio público? ¿Es ello posible?

Dando por descontado que no se puede hacer una selección de pacientes, *¿quién asume la responsabilidad de la terapia?, ¿un psicoterapeuta o un equipo terapéutico?*

Por último, otro elemento de discusión podría ser si, para trabajar en una institución que se ocupa de la problemática psicopatológica del niño y del adolescente, *¿es indispensable para todos los miembros del equipo someterse a un análisis?*

El problema es, sin duda, que si bien es absolutamente incontestable que el momento esencial de la formación del psicoanalista es el propio análisis, sin embargo no es cierto que por haber hecho un análisis ya se pueda sentir una persona autorizada a hacer tratamientos psicoanalíticos. Sabemos muy bien cómo actualmente en nuestro país esta idea se va extendiendo como una mancha de aceite. Pero además, si todas las personas que trabajan en un centro de salud tuvieran que someterse a un análisis, nos encontraríamos con que, ante la falta de psicoanalistas disponibles para atender tal número de demandas, mucha gente recurriría a analizarse con «otros» analistas que tal vez no podrían legitimar su idoneidad, con lo que nos encontraríamos como al principio. Sin embargo, por fortuna, no existe un psicoanálisis estatal al que todos los trabajadores de la salud mental se tengan que someter para acceder a sus funciones. En cualquier caso, el análisis de cada persona debe constituir un momento importante a lo largo del camino de la formación y debe madurar así mismo en contacto con la experiencia del trabajo institucional.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Aspectos fantasmáticos de la formación en psicoterapia infantil:

La primera sugerencia para reflexionar en torno a la fantasmática que acompaña a la formación del psicoterapeuta infantil es pecisamente eso, que se trata de un psicoterapeuta infantil.

Y *¿en qué nos hace pensar «psicoterapeuta infantil»?*

Es evidente que el término cae en un inevitable doble sentido.

¿Se trata de un psicoterapeuta que se ocupa de niños o se trata de un psicoterapeuta inmaduro aún, infantil, que tiene ante sí un inexcusable programa de crecimiento y de desarrollo?

Utilizaremos esta imagen del psicoterapeuta que debe crecer, es decir del psicoterapeuta-niño en el abordaje de nuestro argumento. Y lo haremos porque, exceptuando la especificidad del término «infantil» aplicado a la psicoterapia para delimitar un área concreta de intervención, pensamos que la formación de un psicoterapeuta que se ocupa de niños con una aproximación teórica psicoanalítica no puede ser más que la psicoanalítica. Es decir, como dice Diatkine, no se puede decir que existan psicoanalistas o psicoterapeutas de niños sino psicoanalistas o psicoterapeutas que se ocupan de niños, como se podrían ocupar de otras cuestiones, pero con una teoría psicoanalítica en la mente, que es lo que hará que se diferencien las psicoterapias de orientación psicoanalítica de otras modalidades terapéuticas.

En mi opinión, hay un gran mito que sería oportuno poder desmontar, que es el de que hacer una psicoterapia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

es una tarea más simple que la de hacer un psicoanálisis, sea a adultos o a niños. Esta idea, entendemos que es absolutamente falsa. Más bien opino lo contrario, y esto es que para realizar un tratamiento psicoterapéutico es absolutamente necesaria una experiencia y un entrenamiento de los que tal vez carezcan los psicoterapeutas más noveles e inexpertos.

Si quisiéramos establecer una diferencia entre el concepto psicoterapia (más amplio) y el de psicoanálisis (más restringido), tendríamos que hacerlo sobre la base que determina el establecimiento o no de la «situación psicoanalítica», que es, como dice G. Hautmann, «el resultado metodológico de la integración dinámica del pensamiento fantasmático, del setting y del pensamiento interpretativo». Tal vez, la psicoterapia no exige inexcusablemente una «situación» como la descrita anteriormente, sino una serie de variantes con respecto precisamente al encuadre, a la interpretación y a la organización y gestión de la fantasía que configuran la psicoterapia como un psicoanálisis parcial que, sin embargo, conserva la referencia a la teoría psicoanalítica de manera absoluta. Es por esto que pienso que a veces es más difícil conducir una psicoterapia que un psicoanálisis.

Así pues, volviendo a nuestro «psicoterapeuta infantil», podemos afirmar que éste participa básicamente de todos los aspectos fantasmáticos que se incluyen en la formación psicoanalítica.

Sin entrar a fondo en esta cuestión, es evidente que «formación» hace referencia a un proceso de gestación, a un «hacerse», a un desarrollo. Alguien que se forma dentro de un «cuerpo» teórico con la ayuda y participación de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

alguien, hace pensar en un embarazo que necesita de un tiempo y de unas condiciones que lo favorezcan. Todo psicoterapeuta «en formación» debe asumir la imposibilidad de la autogénesis, que se esconde detrás de todos los fantasmas de autoformación y de autodidactismo, que se constituyen como respuesta defensiva a la angustia de separación y contra la angustia depresiva de la desintegración, lo que obliga a substituir narcisisticamente los objetos externos por el propio self.

De este modo, por tanto, fantasmáticamente hablando, la formación hace referencia a la madre, a su cuerpo, a su deseo y a la maternidad en definitiva. Como dice René Kaës, *la prevalencia de la referencia a la madre en los fantasmas de la formación asigna un rol preponderante a las fijaciones pregenitales y a la problemática pre-edípica en el proceso de formación.* J. Chasseguet-Semirgel, en un trabajo titulado **«La feminidad del psicoanalista en el ejercicio de su trabajo»** pone de manifiesto cómo la disposición a la maternidad define la base misma de la situación analítica contenida en el encuadre, y se pregunta si la relación analítica misma *«¿no podría ser considerada como una repetición de la relación madre-niño en sus aspectos más primitivos, tal como se establece después del nacimiento siguiendo el modelo de la unión del feto con la madre».* «En este sentido, aunque con una perspectiva teórica distinta, sabemos el valor que concede la escuela kleiniana y en especial E. Bick al entrenamiento a la observación de los bebés como base para el desarrollo de la comprensión del psiquismo infantil y de las capacidades terapéuticas del futuro analista.

No podemos, por problemas de espacio, detenernos en los aspectos fantasmáticos de la formación comunes a

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

todo psicoterapeuta. Es nuestra intención examinar algunas de las circunstancias específicas que van a caracterizar el trabajo del psicoterapeuta que se ocupa de niños.

Antes de nada, un psicoterapeuta infantil sabe que no puede únicamente pensar en el niño como objeto de su trabajo, sino en sus padres. En multitud de ocasiones, el niño representa el síntoma de una situación familiar o de pareja muy patológicas. Por esta razón, la tentación de contraidentificarse con el niño haciendo causa común con él contra los padres es muy elevada. El terapeuta se siente invadido, agredido, exigido, desvalorizado y, en todo caso, obligado a satisfacer el deseo de «curación» o de «mejoría» que dictan los padres. Es este uno de los aspectos que ponen de manifiesto mejor lo indispensable que es para el psicoterapeuta contar con la base de un buen análisis personal que le permita hacer frente y comprender su situación contratransferencial.

Muchas veces, por ejemplo, una familia acude a la consulta de un psicoterapeuta infantil para pedir ayuda para un niño con problemas escolares. La demanda es «haga Vd. lo que sea necesario para conseguir que nuestro hijo vaya bien en el colegio y obtenga buenos resultados». Automáticamente el psicoterapeuta «infantil» se dispone en el mismo lugar del niño, teniendo que obtener «buenos resultados» ante los padres que se convierten en sus jueces.

No hay que olvidar que en toda psicoterapia infantil hay una fantasía de «rapto» y de «fracaso». Los padres sienten terriblemente la herida narcisista de reconocer que el niño tiene algún problema que ellos no han sabido o podido resolver. Naturalmente, el psicoterapeuta infantil no se puede sustraer fácilmente a la tentación de imagi-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

narse sustituyendo a los padres del niño y venciéndoles en una lucha competitiva, que seguramente tiene amplias conexiones con su propia problemática edípica.

Otras veces, el psicoterapeuta se puede identificar con los padres sintiendo por el niño un cierto rechazo. Se trata, por lo general, de situaciones en las que aparece la figura de los «padres-hermanos mayores» que sienten al «niño-hermano pequeño» como un perturbador. Con estos ejemplos he querido poner de manifiesto cómo el psicoterapeuta de niños va a encontrar una serie de dificultades suplementarias a las ya, de por sí, normales de toda psicoterapia.

Uno de los objetivos de toda formación, siguiendo con la referencia a la maternidad es sin duda conseguir la emancipación del cuerpo formador, el parto, cortar el cordón umbilical. Esto conlleva, como sabemos, un proceso depresivo porque representa entre otras cosas la renuncia a la omnipotencia infantil. Pues bien, en el campo de la psicoterapia infantil este es un punto fundamental.

Creo que existe la ilusión de que el tratamiento de niños es más sencillo que el tratamiento de adultos. De hecho hemos podido constatar que entre las personas que comienzan a hacer psicoterapias, hay un gran número de ellas que lo hacen con niños. Es como si el niño, como dice A. Green, tuviera el privilegio de hacer visible lo que en el adulto sería invisible. La finalidad de estudiar al niño sería una estrategia teórica que permitiría construir la estructura del adulto. Sin embargo, es exactamente al revés. Es precisamente el adulto el que construye la estructura del niño. Por ello, la «simplicidad» del niño no es más que una quimera. La formación en psicoterapia infantil no es posible pensarla sin un entrenamiento sólido en psicoterapia de adultos.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

La identidad profesional del psicoterapeuta infantil:

El problema de la identidad del psicoterapeuta infantil es como estamos viendo sumamente complicado. Desde luego, se trata de un proceso íntimamente ligado al proceso de formación.

Siguiendo la formulación de León y Rebeca Grinberg (1975), el sentimiento de identidad sería el resultado de un proceso de interacción continua entre tres vínculos de integración: el vínculo espacial, el temporal y el social.

El vínculo de integración espacial configuraría, pensando naturalmente en el psicoterapeuta infantil, la cohesión de toda su experiencia psicoterapéutica, que incluiría su propio análisis y el trabajo con sus pacientes, además de todos los conocimientos teóricos directamente relacionados o no con la teoría psicoanalítica.

El vínculo de integración temporal tendería a hacer percibir unitariamente al psicoterapeuta las representaciones de sí mismo a través del tiempo, estableciendo entre ellas una continuidad y una coherencia. En este punto, ocupa un lugar predominante el tema de la formación, ya que es un proceso que hace percibir diferentes momentos evolutivos de sí mismo.

El vínculo de integración social está determinado por la relación entre los aspectos parciales de los objetos a través de los mecanismos de identificación con los objetos internos más importantes de la formación, es decir, el propio analista, los supervisores, los profesores de seminarios, los distintos colegas u otros profesionales de profesiones contiguas o lejanas a la psicoterapia.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Estos tres vínculos de integración compondrían interrelacionándose entre sí un sentimiento de identidad personal y profesional. Sin embargo, existen algunas situaciones que se oponen y dificultan la consolidación de la identidad del psicoterapeuta infantil.

Efectivamente, pensamos que con el progresar de la formación se va produciendo una cierta decepción y un desmantelamiento de una serie de expectativas que se daban en los momentos iniciales de la formación. Si existía, por ejemplo, el intento de dominar los propios conflictos ocupándose de los de los demás, y este «empuje» vocacional no es lo suficientemente bien analizado y resuelto, la desilusión será enorme porque dichos conflictos se agravarán. Las defensas maníacas y omnipotentes pueden ser mortificadas una y otra vez, con la escasez de pacientes, con el hecho de que sean demasiado graves o concedan una escasa disponibilidad. Por otro lado, los niños de los que ha de ocuparse pueden manifestar una tendencia a la actuación irrefrenable hasta tal punto que genera en el joven psicoterapeuta angustias, sentimientos de culpa, estados depresivos, etc. Además, el encuadre impondrá sus limitaciones y el aprendizaje teórico mostrará cada vez más elementos no abordados suficientemente. En definitiva, se pone en marcha un proceso de desidealización, irreversible, tan doloroso como sano al mismo tiempo.

Paralelamente a este proceso de desidealización se configuran las dinámicas inherentes a todo final de proceso formativo: el duelo por el fin del análisis, el duelo por el final de las supervisiones y de los seminarios, que de una manera o de otra constituyen un cierto apoyo y seguridad. Naturalmente, todo este cuadro configura una situación difícil que se agrava además por la necesidad

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

de soportar la enorme soledad en la que debemos trabajar. Es verdaderamente un alivio poder contar en algunas ocasiones con algún colega o grupo de colegas con quien poder compartir la angustia de determinadas situaciones que se producen en el trabajo con los niños.

Sin embargo, lo que en estas situaciones suele reforzar la identidad del terapeuta es la pertenencia al menos a una institución que respalda con su prestigio la actividad profesionales; pues bien, a veces, el psicoterapeuta infantil que no pertenece a una sociedad psicoanalítica o a una sociedad de psicoterapia infantil como pretende ser la nuestra, pensamos que cuenta con una dificultad ulterior que dificulta el sentimiento de identidad.

Por último, la visión que de la psicoterapia infantil puede haber en la sociedad, que puede aceptar, pero también despreciar, desvalorizar y negar su utilidad o su sentido, influye en manera determinante en la identidad profesional del psicoterapeuta infantil.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

BIBLIOGRAFIA

Bion, W. R.: «Aprendiendo de la experiencia». Ed. Paidós. Barcelona, 1984.

Chasseguet-Smirgel, J.: «La feminité du psychanalyste dans l'exercise de son métier». (Actas del 33.° Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Madrid en 1983).

DIATKINE, R., y Simon J.: «El psicoanálisis precoz». Ed. Siglo XXI. Madrid, 1975.

Diatkine, R.: «Propos d'un psychanalyste sur les psychotherapies d enfants». (XV jornadas de trabajo del centro «Alfred Binet» de París. 1981).

Dolto, F.: «Psychanalyse et pédiatrie». Ed. du Seuil. París, 1971.

Ferrari, P.: «La psychanalyse de l'enfant, aujourd'hui. En «Journal de la psychanalyse de l'enfant». Colloque de Monaco. Ed. Le Centurion. París, 1987.

Freud, S.: «¿Pueden los legos ejercer el análisis?» (1926). En «Obras Completas. Tomo XX. Amorrortu. Buenos Aires, 1982.

Gaddini, R.: «Il processo maturativo». Ed. Cleup. Padova, 1985.

Grinberg, L.: «Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos». Ed. Paidós. Barcelona, 1981.

Kaes, R.: «Fantasme et Formation». Ed. Dunod, París, 1979.

Klein, F.: «Psychotherapies analytiques de l'enfant». Ed. Privat. París, 1975.

Lebovici, S.: «Le nourrison, la mère et le psychanalyste». Ed. Le Centurion. París, 1983.

Lebovici, S.: «La formation du Psychanalyste». P. U. F. Paris, 1982.

Speziale-Bagliacca, R.: «Formazione e percezione psicoanalitica», Ed. Feltrinelli. Milano, 1980.

LAS ANSIEDADES DEL TERAPEUTA NOVEL. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU FORMACION: LA SUPERVISION

Por J. M. TOUS y M. T. MIRO

LAS ANSIEDADES DEL PSICOTERAPEUTA NOVEL

Cuando un profesional, psicólogo o psiquiatra, decide iniciar su andadura por la nueva experiencia de ser psicoterapeuta, se enfrenta a una serie de nuevos problemas y ansiedades; una parte de ellos son debidos a la situación creada por toda nueva experiencia, y la consiguiente forma individual de hacerle frente; la otra parte dependerá de **la relación terapéutica en sí misma,** que incluye aspectos transferenciales y contratransferenciales.

Las ansiedades que aparecen como consecuencia pueden correr distinta suerte según sea la personalidad del terapeuta: pueden ser negadas, con el peligro que esto conlleva de que sean actuadas dentro de la relación en perjuicio del paciente y del propio psicoterapeuta, o bien ser aceptadas y conscientes, con el consiguiente paso a su elaboración. En el curso de esta presentación tendremos ocasión de revisar algunas de las ansiedades más frecuentes y sus vicisitudes, según sean negadas o no.

Nos encontramos, en ocasiones, que profesionales que reunen condiciones personales y técnicas suficientes como para iniciar su primer caso en psicoterapia, ven aumentados sus temores, de manera que se dejan llevar por la

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

inseguridad y no se deciden a iniciar la experiencia. El otro extremo estaría en aquellos que, negando su falta de preparación, se precipitan en un terreno que no conocen.

El psicoterapeuta que empieza su primer caso en psicoterapia, va a encontrarse solo, frente a una persona que le pide ayuda y que tiene unas expectativas respecto al tratamiento. A su vez, él mismo se pregunta si será capaz de desarrollar la capacidad de comprender y ayudar, ya que sabe de sus insuficiencias en aquella situación de inicio. En este momento, el terapeuta se siente solo, no sirviéndole sus conocimientos y experiencias en otros campos, y no sabiendo demasiado sobre su paciente. El novel puede confundir el no saber (como falta de conocimiento) con el no saber sobre aquel paciente en concreto, cosa que también le ocurre al psicoterapeuta experimentado, aunque a este último le es menos difícil de tolerar. Bion hace hincapié sobre lo necesario que es el poder tolerar suficientemente la ansiedad de no saber, y dice también que el deseo de curar lleva a precipitaciones y a actuaciones que no son curativas; el poder esperar y soportar no saber, abre puertas a que surjan las emociones, y a que puedan ser comprendidas y contenidas. De hecho, esta situación provocada por la ansiedad de no conocer, forma parte siempre de esta experiencia única que representa la relación terapéutica, en la que nos brindamos a ser quien recoge las proyecciones del paciente y a transformarlas en experiencias más «digeribles» para él, para que así puedan pasar a formar parte de un bagaje experiencial del cual pueda aprender en adelante.

Cuando al terapeuta no le es posible soportar la ansiedad que por un motivo u otro la situación transferencial le provoca, se ve con frecuencia impulsado por la necesidad de hacer algo, de intervenir más, preguntando, dando

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

respuestas tranquilizadoras, rompiendo el setting, o bien lo contrario, puede mantenerse tras la protección de unas «normas» técnicas, tomadas rígidamente, porque tal vez no sabe qué función tienen. Respecto a lo que acabamos de citar, comentaremos algunas situaciones que hemos podido constatar a través de nuestra experiencia en el tratamiento de niños. Por ejemplo, aunque los niños tienden a inducir a hacer preguntas concretas, en algunas ocasiones, el intervenir preguntando, interesándonos, es necesario. Pensemos que no se debe confundir neutralidad con antipatía, y que si el niño llega a la sesión explicando una situación vivenciada por él como importante en un sentido u otro, el terapeuta no debe quedarse impertérrito sino que de alguna manera debe dar una respuesta a través de la cual el niño le sienta cerca. Puede ocurrir al revés, es decir que el terapeuta, debido probablemente a su inseguridad, quiera «ganarse» al niño, tranquilizándolo, preguntando cosas concretas, o de otras muchas formas, no atendiendo así a las ansiedades que siente éste y que surgirían si diera tiempo y lugar a su comunicación. En este caso, da la imagen de alguien que no puede soportarlas, y en el que el niño, una vez más, no puede confiar, ya que le reafirma sus propios temores.

La contratransferencia, y las ansiedades que suscita en el terapeuta, son fundamentales, utilizadas como señal de alarma para guiar al profesional hacia la detección del conflicto inconsciente que el paciente está comunicando. Se puede manifestar de formas distintas y con intensidades variadas, desde la simple sensación de malestar, hasta la ansiedad de aparición violenta. Todas ellas acostumbran a ser consecuencia de la percepción por parte del psicoterapeuta de ansiedades que el paciente no puede tolerar, y se libera proyectándolas. De la reacción del profesional frente a la irrupción de estas identificaciones proyectivas, dependerá que se puedan elaborar correctamente y reintroyectar por parte del paciente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

En el caso del psicoterapeuta novel, el inmpacto de la identificación proyectiva cae sobre su inseguridad, despertando ansiedades inconscientes primitivas.

En el trato psicoterapéutico con niños se presentan, además, situaciones bien diferenciadas de cualquier relación terapéutica a otras edades. En primer lugar, los padres, con los cuales está conviviendo el niño, y de los que es dependiente, tienen un papel importante; es con ellos, además de con el niño, con los que el terapeuta establece el contrato terapéutico. Pueden ser, por todo ello, un elemento más a tener en cuenta en cuanto a posibles fuentes de ansiedad. Contamos con su colaboración para llevar a cabo nuestra tarea, aunque no siempre conseguimos tenerla pues, a menudo, están implicados estrechamente en una dinámica familiar que les impide ver objetivamente. Pueden mostrarse críticos respecto a la forma de llevar el tratamiento, bien el terapeuta puede sentirse juzgado, tal vez, influido por su inseguridad, sentir que se le juzga incapaz de hacer progresar a su hijo. Puede ocurrir también que aparezcan sentimientos de rivalidad por ambos lados, o por uno sólo, por ejemplo, sintiendo los padres que el profesional está cubriendo los fallos que supuestamente ellos han tenido en su función de padres. Sobre todo si el psicoterapeuta es joven, su edad en comparación a la de los padres, puede hacerle sentir más seguro.

En segundo lugar tenemos como elemento diferenciador, las características debidas a la edad del paciente, es decir, el niño. Una de ellas es la tendencia a actuar las emociones sin poder verbalizarlas. A veces, y según las características del niño, estas actuaciones pueden llegar a ser tan repetidas o tan violentas, que dificultan la capacidad de pensar, facultad que ha de ejercer el psicoterapeuta para poder realizar su función. Estas situaciones

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

plantean preguntas respecto a la técnica a seguir tales como: ¿debo dejar que siga actuando, o bien he de poner límites?, o bien despierta ansiedades específicas frente a la agresividad que transmite el niño y que se hace difícil de contener. El novel se siente presionado y, por ello, pasa en ocasiones a ser exclusivamente permisivo dejando al niño a merced de su impulsividad sin ponerle límites, ni contenerle, o bien puede adoptar una postura rígida y así no permitir su libre expresión. En otras ocasiones no es tan claro como estos ejemplos, como cuando el terapeuta apela a la razón para que el niño se comporte «como debe».

El setting, que como sabemos, sería todo aquello que intentamos que se mantenga estable a lo largo del tratamiento, ha de servir al terapeuta para ayudarle a distinguir lo que hay de realidad externa de lo que es pensamiento, fantasía, realidad interna del paciente. No sólo consiste en un setting externo que, como hemos citado antes, consistiría en mantener fija la estancia, los honorarios, etc., sino también en una disposición interna del psicoterapeuta, basada en su actitud de neutralidad, en no comunicar opiniones personales, o hechos de su vida privada, y en su receptividad hacia la relación. Tanto uno como otro, no sólo tienen la función de ayudar a diferenciar realidad externa e interna, sino que ejercen como protección frente a las ansiedades que pueden surgir en el terapeuta en distintos momentos, ofreciéndole unos elementos invariables que le dan seguridad.

Dentro de la relación transferencial, el paciente, en este caso el niño, por medio de la compulsión de repetición, reitera el conflicto. Su forma de hacerlo puede ser librándose de él expeliéndolo violentamente, y haciendo que el terapeuta lo viva en su lugar, para así librarse de los sen-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

timientos penosos. Ocurre entonces que los efectos de la identificación proyectiva hacen impacto en el psicoterapeuta, pudiendo éste captarla e interpretarla, o bien responder inconscientemente a lo que se le ha proyectado. Pero no siempre la identificación proyectiva actúa con la misma violencia, existe toda una gama de matices en la forma de manifestarse en la transferencia, dependiendo del momento y de las características psicopatológicas del paciente, siendo siempre formas de comunicación. Algunas de ellas son altamente ansiógenas para el que las recibe, más aún si éste es un psicoterapeuta novel. De ahí que consideremos de fundamental importancia tanto la adecuada supervisión del trabajo, como el tratamiento personal que, juntos, den al futuro psicoterapeuta la capacidad para detectar los sentimientos propios provocados por la contratransferencia, para así poder comprender y devolver al niño aquello que proyecta, de una forma más integrable.

Hablaremos ahora de las vicisitudes de la supervisión.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE FORMACION: LA SUPERVISION

El propósito de mi intervención es reflexionar sobre los conflictos que aparecen en la relación psicoterapeuta-supervisor, cuando el nivel de ansiedad del primero sobrepasa las cotas normales. Estos conflictos no son debidos únicamente a la relación con el supervisor, sino que empiezan a aparecer en el momento mismo en que el joven profesional decide hacerse psicoterapeuta.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

1. Una cuestión previa: Las deficiencias en la formación.

La formación impartida en nuestras facultades de medicina y psicología, capacita formalmente para ejercer como psicoterapeuta, pero todos somos conscientes de que, al salir de las facultades, los nuevos licenciados tienen solamente las bases necesarias para iniciar un plan de estudios que complete su formación. A diferencia de otras especialidades de la práctica médica, no existe un plan estructurado para la formación de psicoterapeutas y vemos que se denominan así personas que tienen un nivel de formación consistente en un conocimiento teórico de lo que es el funcionamiento mental que pueden ir incrementando fácilmente a través de cursos y cursillos, cosa que les lleva a creer que tienen una buena comprensión de las relaciones y conflictos personales, cuando, en realidad, no pasan de ser adquisiciones puramente intelectuales que se aplican a los pacientes. A su lado nos encontramos con profesionales que, por su parte, han seguido un serio proceso de observación, de conocimiento de sí mismos, junto a una formación teórica que les permite contactar y comprender la problemática inconsciente de sus pacientes.

Es por esto por lo que, cuando nos dicen que X va al psicólogo o hace una psicoterapia, siempre hay que preguntarse qué profesional le atiende, ya que, si bien los antibióticos tienen los mismos efectos terapéuticos tanto si los dispensa un médico como un farmacéutico, al tratarse de psicoterapia hay que recalcar que se trata de un proceso cuyos resultados dependen, por un lado de las características del paciente y, por otro, de las características personales del terapeuta y de la escuela que lo ha formado; por esto es necesario siempre añadir un adjetivo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y precisar si hablamos de psicoterapia analítica, de apoyo, de relajación, etc.

Esta ambigüedad ambiental es causa de conflictos inter e intrapersonales, es decir, genera ansiedad al profesional; las peculiaridades de su propio trabajo hacen que el terapeuta pase a ser el centro de las proyecciones del paciente. El tener que contener y diferenciar las propias ansiedades de las que el paciente proyecta y el encontrarse absolutamente solo desde el primer momento con el paciente, hacen que el ejercicio de esta profesión no resulte inocuo.

2. El psicoterapeuta de inspiración psicoanalítica.

Voy a dejar al margen la formación según otras escuelas; es justamente sobre los problemas que surgen en la formación de psicoterapeutas de inspiración psicoanalítica hacia donde irán mis reflexiones.

2-1. *Formación básica.*

Para poder ejercer como psicoterapeuta, pensamos que es necesario seguir un plan de formación que según nuestra opinión pasa por la experiencia del tratamiento personal; psicoterapia psicoanalítica —y mejor psicoanálisis— y el seguimiento de unos cursos teórico-clínicos que por una parte proporcionen al joven psicoterapeuta las bases teóricas sobre las que se apoye su trabajo y por otra también le brinden la experiencia de supervisiones individuales y colectivas que le pongan en contacto con dife-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

rentes estilos de trabajo, dentro de una misma escuela, ya que cada maestro mostrará su forma personal de afrontar los problemas, y al mismo tiempo, le permitirá contactar con colegas que también se inician en la profesión, con los que puede compartir las ansiedades que la práctica clínica comporta.

2-2. *Condiciones personales.*

El psicoterapeuta novel ha de sentirse con una buena dosis de confianza en sí mismo, es decir, se ha de sentir adulto y capaz de actuar como tal, pero también ha de sentir una cierta dosis de duda, de desconfianza que le lleve a poder depender de los más avanzados en la profesión, a recibir sus enseñanzas y a pedir ayuda en los momentos de dificultad. El progreso adecuado consistirá en el equilibrio armónico de esas dos tendencias, la tendencia a actuar independientemente y la posibilidad de depender de otro. Cuando el equilibrio se rompe, ya sea porque un exceso de confianza lo lleva a creer que no necesita ayuda de nadie o ya sea porque la inseguridad lo hace excesivamente dependiente, se plantea una situación de crisis de evolución profesional. Esta crisis si es adecuadamente elaborada, puede abrir nuevas vías y si no se elabora lleva progresivamente a una situación de estancamiento.

Si se sigue este proceso, el joven terapeuta se inicia a la vez frente a sus pacientes como un profesional capaz de ayudarlos y frente a sus maestros como un aprendiz. Creo que el proceso correcto será el que le lleve a moverse entre estos dos tipos de relaciones bien diferenciados. Es al segundo tipo de relaciones al que me voy a referir a continuación.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

3. Relación del psicoterapeuta con el supervisor.

3-1. *El supervisor como contenedor de ansiedades.*

Todo inicio de una actividad comporta un aumento de las ansiedades y así, delante de una nueva situación, se nos despiertan expectativas y temores. Uno de los sentimientos más universalmente experimentado es el de inseguridad.

De la inseguridad se habla siempre, a veces como una forma de ignorarla, negarla o ridiculizarla; otras veces reconociéndola como una parte de nuestra personalidad con la que es importante contactar y poder atender, cosa que nos permitirá utilizar mejor nuestras capacidades adultas para modificar la situación. Este sentimiento fácilmente aceptable cuando nos referimos a niños y adolescentes, está presente en todos, durante toda la vida, en diferentes grados de intensidad y así podríamos hablar desde el temor de no ser capaz de realizar una tarea, hasta de las situaciones de miedo paralizador.

Estas situaciones pueden tener las características de crisis o adquirir un carácter crónico.

Los sentimientos de inseguridad llevan al psicoterapeuta novel a buscar rápidamente un supervisor que le ayude de forma continuada a seguir un caso y también tiene que estar disponible para poder acudir a él en los momentos de urgencia. En los inicios, estas sugerencias son casi una constante ya que, como se ha dicho antes, es una característica del trabajo psicoterapéutico el encontrarse sólo delante del paciente, tener que contener sus ansiedades y las ansiedades propias, necesitando de un constante proceso de diferenciación que no siempre se consigue y que

requiere de la participación urgente del supervisor. Este es vivido como alguien capaz de contener y reorganizar la situación que se había desbordado. Son sentimientos penosos que, de no poderse elaborar, llevan a conductas de negación.

No pienso en la negación abierta del que dice que no necesita ninguna ayuda —esta situación le llevará a una situación de aislamiento—; al hablar de negación me refiero a ciertos reajustes que tienen una apariencia de elaboración; me refiero a las llamadas *conductas de evitación.* Así no es infrecuente que los terapeutas noveles prefieran tratar niños, ya que la misma inmadurez del niño, la falta de autocrítica de la criatura, permite encubrir la inseguridad del terapeuta, cosa que parece más difícil de conseguir delante del adulto.

En realidad los hechos van en sentido contrario, ya que la debilidad yoica del niño hace que toda la responsabilidad recaiga en el terapeuta.

Otra forma de evitar los sentimientos de fracaso y las ansiedades confusionales consiste en tratar pacientes graves, psicóticos y autistas, con los cuales los riesgos de confusión parecen menores y a la vez los sentimientos de incapacidad se ven mitigados por la misma gravedad del paciente. La utilización de estas defensas en ciertos casos tiene un valor estructurante, siempre que, como pasa con todas las defensas, no se utilicen en exceso o se cronifiquen, cosa que lleva al terapeuta a ocupar sus horas con pacientes que tienen pocas perspectivas o incluso tomar enfermos con unas estructuras de personalidad que hacen desaconsejable el tratamiento psicológico. Ello les lleva a frecuentes experiencias de interrupción del tratamiento o a sentirse atrapados dentro de una inacabable situación de insatisfacción aceptada pasivamente por am-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

bos, paciente y terapeuta. Todo lo cual tiende a la creación de un círculo vicioso, ya que la frustración derivada de repetidos fracasos terapéuticos aumenta los sentimientos de incapacidad y les lleva de nuevo a conductas de evitación. El supervisor, sin dejar de ejercer su labor pedagógica, tiene que poder mostrar la tendencia a la creación de círculos viciosos empobrecedores. El afinar al máximo los diagnósticos, el ver las indicaciones y contraindicaciones para el trabajo psicológico, puede evitar al terapeuta novel una serie de experiencias poco afortunadas, ya que la inseguridad del terapeuta novel, el temor a expresar dudas —ya que para él la duda es confundida con ignorancia—, le lleva a embarcarse en experiencias de alto riesgo y lo que de entrada podría parecer omnipotencia no es más que una defensa frente a los sentimientos de inseguridad e impotencia.

3-2. *La idealización del supervisor.*

Es realista, por parte del supervisado, esperar que el supervisor tenga más conocimientos que el propio supervisado sobre la comprensión psicoanalítica de las relaciones humanas y ello comporta que se establezca una relación de reconocimiento y dependencia absolutamente necesaria para poder aprender. Eso se da en toda supervisión, ya sea de un novel o de un psicoterapeuta avanzado. El novel ve al supervisor como alguien que tiene todos los conocimientos, alguien que llevaría aquel caso a la perfección. Esta visión idealizada del supervisor-omnisciente, es lo que hace que en los inicios del aprendizaje el principiante actúe imitando a su supervisor y lo reproduzca en sus sesiones con los pacientes. Así el terapeuta interpreta, buscando el momento adecuado, aquello que el supervisor había señalado en la supervisión anterior. De entrada

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

es una actitud generosa ya que quiere proporcionar a sus pacientes las cosas «buenas» que él recibe. También sabemos que la imitación es una fase que se da en todos los aprendizajes y por tanto es algo a respetar como una fase evolutiva; ahora bien, es algo a tener muy en cuenta, ya que la no superación de la fase imitativa comporta un atasco en la evolución. La imitación ha de dar paso a la identificación con un supervisor que hace su trabajo; este proceso comporta el paso por la desidealización del supervisor: éste ya no es visto omnipotente y omnisciente, como lo fueron las figuras parentales de la primera infancia, sus conocimientos no vienen por «poderes», comienza un proceso más penoso, próximo a la posición depresiva de M. Klein. El supervisor es visto como alguien que sabe por qué trabaja y se esfuerza. Esto lleva al supervisado a ver que la imitación sin la identificación introyectiva es una simple caricatura y eso promueve crecimiento real.

Cuando el miedo a fracasar y los sentimientos de incapacidad dan paso a sentimientos de impotencia demasiado fuertes, alargan la fase de la imitación más allá de los límites considerados normales; si supervisor y supervisado no toman conciencia de ello, se cae en la práctica de supervisiones inacabables. Supervisor y supervisado no pueden separarse ya que uno tiene un maestro omnipotente al que se ha «pegado» y separarse de él es quedar en el vacío, ya que casi nada ha sido introyectado. El supervisor, por su parte vive que tiene un alumno ideal que sigue un inmejorable proceso de aprendizaje, ya que piensa y actúa como él lo hace.

Esta sería una situación que correspondería a un extremo del abanico de posibilidades que se dan dentro de la relación supervisor-supervisado.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

3.3. *Ansiedades persecutorias dentro del proceso de aprendizaje.*

Lo que ocuparía el otro extremo del abanico deriva del hecho de que junto al reconocimiento y al deseo de ser ayudado coexisten los temores y las resistencias a reconocer y recibir ayuda. La idealización a la que me refería en el apartado anterior puede ser una maniobra defensiva frente a las ansiedades paranoides, que una figura tan capacitada puede despertar. El supervisor es alguien muy capaz de comprender a los pacientes y a la vez es vivido como alguien que no va a hacerse cargo de las dificultades del principiante. Este teme que se le exija mucho desde el primer momento, las puntualizaciones son vividas como críticas; delante del supervisor se sienten incapaces de dialogar, discrepar, etc. En cambio sí son capaces de hacerlo con otros colegas. Actúan como los adolescentes que tienen sus opiniones, pero no las pueden contrastar con el adulto, ya que éste a sus ojos, siempre ha sido adulto o fue adolescente hace ya tantos años, que todas las dudas e inquietudes del que se inicia le quedan excesivamente lejos.

La organización de grupos de trabajo disminuye el carácter paranoide de esta relación; los protagonistas no son dos y los compañeros asumen funciones que dentro de una relación de dos son proyectadas siempre en la misma persona. Así pueden sentir muy crítica la opinión de un compañero, que le permite disminuir el temor que el supervisor como adulto del grupo despertaba y acercarse más a él.

Para evitar sentirse «criticados» —ya que como decíamos anteriormente en los inicios, las puntualizaciones del supervisor son vividas como corrección de malas interpre-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

taciones— es frecuente observar que los jóvenes psicoterapeutas describen lo que han sido capaces de observar de su paciente, pero omiten sus interpretaciones, dejando después de la descripción, un espacio, un silencio, que invita al supervisor a expresar lo que él entiende del paciente; siguen así aportando material, pero se reservan sus intervenciones. Internamente van viendo si sus intuiciones se aproximan o están muy lejanas del supervisor.

Otros supervisados mantienen una constante discrepancia con el supervisor y con los compañeros del grupo, como forma de mitigar la competencia que los conocimientos de los otros le provocan. Cuando estas conductas se alargan en su duración e intensidad, pensaremos que bajo una apariencia de competencia encubren fuertes núcleos narcisistas que poco tienen que ver con el hecho de ser principiante. El riesgo que se corre con estas personalidades reivindicativas es el organizar una relación en la que uno intenta controlar al otro, es decir, se va organizando una relación de carácter sadomasoquista.

CONCLUSIONES:

Las reflexiones anteriores nos permiten remarcar que todo aprendizaje se desarrolla dentro de un campo teñido por las emociones y sentimientos del que aprende y del que enseña y cómo se va desarrollando un especial proceso de transferencia-contratransferencia, que se ve constantemente modificado por lo que el paciente proyecta en el terapeuta y por lo que éste vive en su tratamiento personal. El supervisor debe manejar todos esos movimientos sin salirse de su rol pedagógico. Sin duda aquí el enseñar tiene unas características que no se dan en otros tipos de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

enseñanza. Ello hace que también el supervisor necesite de un grupo de estudio que le permita ir desarrollando esta función pedagógica, diferenciándola de la labor terapéutica y de las alianzas colusivas.

Somos conscientes de que la necesidad de seguir una formación sistematizada, que incluye también tratamiento personal, hace que los jóvenes profesionales puedan encontrarse fácilmente en un círculo vicioso, ya que sin una adecuada formación no pueden trabajar, y si no trabajan no pueden costearse la formación. Esta situación es una nueva fuente de ansiedad que puede llevar al principiante a aceptar cualquier trabajo, en algunas ocasiones, saltándose etapas de su formación. Una de las tareas más importantes a desarrollar con los aspirantes a terapeutas, es la adecuada orientación profesional, en el sentido de ayudarles en la elección del tipo de trabajo que más les conviene, el que comporta menos riesgos, para evitar experiencias que no aportan nada positivo ni para el terapeuta ni para el paciente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

CREANDO EL EXPERTO EN NIÑOS. LA FORMACION Y LA FILOSOFIA EN EL CENTRO DE ANNA FREUD

Por Dorothy A. LUCIANI

El Centro de Anna Freud, llamado anteriormente Clínica Hampstead de Terapia Infantil, tiene sus raíces en el trabajo para la comunidad. Durante la primera fase del bombardeo alemán sobre Inglaterra, Anna Freud y sus colaboradores abrieron un jardín de infancia durante la guerra para los niños que tenían que ser trasladados de sus casas, o cuyos hogares habían sido destruidos. A menudo uno o ambos padres se habían perdido por separación o muerte. Durante varios años los jardines de infancia se ocuparon de un total de 190 niños. Dirigiendo los jardines de infancia, Anna Freud utilizó su experiencia en educación en Viena, especialmente las nuevas ideas sobre educación de María Montessori y Sigfried Bernfeld, ambas pioneras de la idea de que los niños aprenden mejor si los adultos pueden seguir sus necesidades y habilidades, ligándoles poco a poco a un proceso de aprendizaje en un medio estructurado y humano. El coste del mantenimiento de los jardines de infancia estaba enteramente cubierto por el programa de padres cuidadores para niños de guerra, una organización americana. Anna Freud les enviaba informes mensualmente, con las más exactas observaciones de la vida diaria de los niños. Los informes completos fueron publicados en el volumen III de los escritos de Anna Freud. Unos comentarios más breves aparecieron en

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

dos libros publicados durante la guerra, **«Children in War-Time: A Year's Work in a Residential War Nursery»** en 1942, y **«Infants Without Families: The Case For y Against Residential Nurseries»** en 1944. Estos libros fueron leídos por los especialistas en otras disciplinas, interesados en aplicar los conocimientos psicológicos en los servicios para niños.

Por supuesto, estos trabajos fueron también modelados por el profundo conocimiento clínico y teórico en psicoanálisis de Anna Freud. Recordemos que su libro, **The Ego and the Mechanisms of Defence,** una importante contribución a la teoría psicoanalítica fue publicado por primera vez en 1936, y traducido al inglés seguidamente en 1937. Aquellos que trabajaron en los jardines de infancia durante la guerra, llegaron a estar fascinados por los nuevos descubrimientos en psicoanálisis y, por la noche, una vez que el trabajo con los niños se había terminado, se reunían para discutir sus observaciones y la teoría psicoanalítica. Su interés era tan grande que al final de la guerra quisieron establecer un programa de formación en psicoanálisis y trabajo con niños. Con la cooperación de varios miembros de la Sociedad Psicoanalítica Británica que contribuyeron con maestros y analistas en formación, se inició un programa de formación en psicoanálisis infantil. Por supuesto, Anna Freud había creado su propio Instituto. Aunque este Instituto permaneció fuera de la organización general del psicoanálisis, se modeló de una forma similar a los programas de formación para psicoanalistas de adultos.

Es interesante advertir que el psicoanálisis de niños no requería una nueva teoría y de hecho ha contribuido a la teoría psicoanalítica misma. Aunque el trabajo con niños y adultos era teóricamente similar, había diferencia entre ambos. Una diferencia importante era la reacción pú-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

blica a las ideas generadas por el análisis de niños. En un trabajo publicado en 1978 y titulado **«The Principal Task of Child Analysis»**, Anna Freud escribe:

> *«En relación a la teoría, el trabajo analítico con niños intentaba confirmar, extender o reprobar lo que el psicoanálisis había establecido ya. Había sólo un área donde el destino del análisis de niños difería marcadamente del psicoanálisis de adultos. La aplicación de los hallazgos psicoanalíticos al arte, literatura, religión o antropología, se habían encontrado demasiado frecuentemente con reluctancia o sospechas por expertos de los campos mencionados. La acogida de los descubrimientos en relación con los niños era de diferente clase. Después de que la general indignación del público acerca de los descubrimientos de la sexualidad infantil hubieran pasado, progresivamente, padres preocupados, educadores y maestros, volcaron todo lo que pudieron aprender sobre el análisis de niños dentro de nuevos y revolucionarios principios pedagógicos».*

La influencia de los conocimientos adquiridos del análisis de niños, alcanzó también otros campos y esto fue debido, en no pequeña parte, a la activa aplicación por parte de Anna Freud de la teoría a otras disciplinas. Pediatría, por ejemplo, era uno de sus grandes intereses. El trabajo publicado en 1952 **«The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children»** ayudó a los trabajadores en los hospitales a entender que la percepción del dolor en un niño a menudo depende de su ligazón a fantasías amenazadoras y conflictos pre-existentes. Más aún, les alertó sobre el hecho de que para los niños, especialmente los más pequeños, el trauma más grande de la hospitalización era la separación de la madre y de la vida familiar. En colabo-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

ración con James y Yoyce Robertson y otros pediatras, estos puntos de vista llevaron al Gobierno inglés a estudiar el problema de los niños hospitalizados, lo que dio como resultado el Informe Platt, que entre otros principios esclarecedores, resaltó la importancia de tomar medidas para que las madres estuvieran en el hospital con sus niños. Miss Freud también se reunía cada mes con un grupo de pediatras, reunión que duró durante casi 25 años.

Los niños y la ley era otro tema que atraía la atención de Miss Freud y que se benefició de su trabajo. Durante muchos años impartió un seminario en la Universidad de Yale, sobre el tema de los niños y la ley sobre la familia. El estudio y las ideas en este campo florecieron en la publicación de dos libros, **«Beyond the Best Interests of the Child»** y **«Before the Best Interests of the Child»**, trabajos usados por todos los profesionales involucrados en tomar decisiones legales importantes: colocar niños en custodia; conceder derechos custodiales a los padres en trámites de divorcio; y tomar las medidas necesarias para adopción y custodia.

Por último, pero no lo menos importante, Anna Freud hizo duraderas contribuciones en el campo de la educación, para ella un viejo amor. En los comienzos de la existencia de la Clínica Hampstead, Miss Freud incorporó un jardín de infancia a los servicios de la Clínica. En respuesta a la crítica de que el psicoanálisis no tiene nada que ofrecer a los niños de clase social económicamente deprivada, se decidió tomar los niños pertenecientes a esas clases sociales en el jardín de infancia, con la idea de desarrollar un mejor entendimiento de cómo ellos se manejan en situación de desventaja y cómo eso afecta a su desarrollo. Con el tiempo, el gobierno británico llegó a reconocer la importancia del trabajo de Anna Freud y la hizo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Commander of the British Empire, o CBE, una de las más importantes condecoraciones por servicios a la nación. En las Universidades le concedieron también honores: grados honoríficos en Ciencias, Medicinas y Leyes.

Anna Freud siempre enseñó con ejemplos y todos los que se formaron con ella aprendieron los recovecos de la teoría psicoanalítica con el telón de fondo de su trabajo en otras disciplinas. Implícitamente, estaba claro para todos, que una de las metas de esta particular forma de enseñanza del psicoanálisis infantil era llegar a ser un experto en niños, como lo era Anna Freud. Muchos de los graduados del programa siguieron su modelo y aplicaron sus conocimientos a otros campos: Adopción y Guarda y Custodia, trabajo con niños que padecían trastornos de crecimiento y cáncer; evaluación de jardines de infancia en América; niños sordos; servicios de orientación para gente joven; pediatría; y servicios de urgencia para adolescentes con problemas, a menudo delincuentes.

Podría servir de ayuda en este punto dar un ejemplo del trabajo de uno de los graduados del Centro que hace consultas con el Departamento de Pediatría del Servicio de Salud de un Hospital Nacional y que tiene establecida una reunión semanal con el staff del Departamento. Médicos, enfermeras, especialistas en juegos, asistentes sociales y maestros, esperaban y usaban esta oportunidad para pensar desde el punto de vista psicológico, sobre un niño especialmente interesante o difícil, sus padres, y el efecto que causaban en cada uno.

El caso de un niño tuvo preocupado al grupo durante muchos meses. Su admisión en el Hospital y más tarde su llegada al Departamento de Pediatría, fue dramático. Clayton tenía 11 años cuando fue atropellado dos veces al salir corriendo a la carretera entre dos coches aparca-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

dos. Casi se muere en el departamento de accidentados y tuvo que pasar semanas en la unidad de cuidados intensivos. El día que iba a ser trasladado al Servicio de Pediatría, se detuvo su respiración y el equipo de emergencia tuvo que intervenir, un hecho raro en un servicio de Pediatría General para niños mayores de 5 años. La madre de Clayton atacó al staff y les acusó de cuidar mal a su hijo, poniendo en peligro su vida. La autoestima del staff estaba destruida, especialmente la de las enfermeras.

Como los padres son tan importantes para el bienestar de los niños en el Hospital, la reunión del staff se focalizó en la pregunta de cuál sería la mejor manera de recuperar el apoyo y la confianza de la madre. Al participar todo el mundo en la reunión se hizo claro que sabía muy poco tanto de la madre como del niño. Sin embargo, había indicios de que Clayton vagabundeaba por las calles y llegaba tarde a casa, a menudo por la noche. El padre no estaba con la familia y al principio nadie sabía qué había sido de él.

La madre de Clayton, Mrs. T., era una mujer adecuada, que se vestía bien y daba la impresión de ser razonable y confiada en ella misma. Sin embargo, saltaba rápidamente con hostilidad, y era extraordinariamente suspicaz. Estaba claro que no quería que nadie supiera demasiado acerca de ella. Al mismo tiempo parecía genutinamente preocupada por su hijo y su necesidad de contar dos importantes hechos de su historia, sugería que se sentía profundamente culpable por su incapacidad para protegerlo. El padre de Clayton a menudo atacaba violentamente a Mrs. T. y ella toleró esta conducta por largo tiempo. Le dejó cuando el padre se volvió contra Clayton y le apuñaló. El niño tenía entonces 3 años. Después de esto, no

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

hubo más contacto entre ellos. Mrs. T. aseguraba que no quería nunca más tener relación con un hombre.

Mrs. T. también comentó que su hijo había pasado algunos años de su período de lactancia interno en un colegio. Sin embargo la madre no dio ninguna explicación ni permitió que nadie se pusiese en contacto con la escuela. Como la familia era pobre, parecía que ella hablaba de un internado para niños con problemas de conducta. En Inglaterra un niño sería enviado a esa clase de colegio por los Servicios Sociales o las autoridades educativas.

Mrs. T. rechazó a menudo ofertas para reunirse con las enfermeras y hablar acerca de su hijo.

El staff estaba también muy preocupado por Clayton. Su cuerpo estaba dañado. Tenía muchas heridas, una férula para sus brazos y piernas rotos y también tenía heridas en la cabeza. Afortunadamente, parecía que su sistema neurológico no estaba afectado. Los maestros y ludoterapeutas estaban desesperados porque no podían interesarle en nada y encontraban su silenciosa, triste inmovilidad, difícil de tolerar. Aunque había muchos otros niños con serias enfermedades en el Servicio, Clayton se las arreglaba para absorber más tiempo e interés de todo el personal que los otros niños.

Naturalmente era muy importante descubrir qué era lo que Clayton estaba sintiendo. No era de sorprender que su primera preocupación fuera el daño inflingido a su cuerpo, especialmente a su cabeza. Su memoria a veces funcionaba y otra veces no, esto le asustaba. Más tarde, su depresión parecía ser una reacción apropiada a la pérdida del funcionamiento normal de su cuerpo. Antes de su llegada al servicio de Pediatría había estado demasiado enfermo para poder hacer el duelo por sus pérdidas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Aprendimos rápidamente que Clayton era muy bueno distorsionando la realidad. Era tan convincente que la gente le creía rápidamente. Por ejemplo, durante una lección de geografía, empezó a hablar animadamente acerca de viajes a Alemania y a España, incluso describió una terrible tormenta que estalló en el Golfo de Vizcaya. Se descubrió que él nunca había estado en Alemania o en España y su madre explicó que a menudo inventaba historias que le hacían aparecer rico, importante o muy interesante. Cuando hablaba de su accidente, alardeaba de haber sido atropellado por un Jaguar y un Mercedes.

Parecía que Clayton era un niño que había crecido en una atmósfera de deprivación emocional y a veces de violencia física. La sospecha de que vagabundeaba por las calles, de que había sido enviado a un internado, y el conocimiento de sus historias inventadas, nos llevaron a creer que Clayton había sido incapaz de aprender cómo valorarse o cuidarse adecuadamente. Naturalmente era fácil especular con la idea de que su incapacidad para valorarse podría haber dado como resultado su falta de control de los impulsos. Era fácil creer también, que la madre de Clayton estaba tan abandonada emocionalmente como su hijo y que su profunda suspicacia y su necesidad de proyectar su deseo de ataque, creció de su incapacidad para confiar.

Con el tiempo estas especulaciones fueron confirmadas. En el Departamento, probablemente por primera vez en sus vidas, ambos, madre e hijo, experimentaron verdaderos cuidados maternales. Nunca tenían bastante y, como los niños de 2 años, cuando sus demandas imposibles no eran satisfechas, reaccionaban con rabia y atacando. El concepto psicoanalítico de ambivalencia se podía ver con toda claridad. Tanto la madre como el hijo tenían mucha

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

habilidad para conseguir que los demás se interesaran internamente por ellos. Por ejemplo, a Mrs. T. empezaron a llamarla por su nombre de pila y de vez en cuando comía con uno de los miembros del staff. Una y otra vez ponía a los trabajadores del Departamento en contra unos de otros. Y lo hacía estableciendo una relación exclusiva con una persona mientras batallaba con todas las demás; es decir, dividió su ambivalencia. Incluso las personas más experimentadas del staff le tenían miedo y antes o después ella se las arreglaba para hacerlos llorar.

¿Cómo contribuye la formación en psicoanálisis infantil a ayudar al staff en sus esfuerzos para manejar esta difícil situación? Quizá más que nada, diagnosticando las personalidades de madre e hijo, las defensas que usaban y cómo éstas y sus necesidades infantiles las actuaban de una forma inconsciente. Sin esto, el staff hubiera estado perpetuamente confuso, debilitados por las fuerzas de sus propios sentimientos y enfrentados entre sí por las actuaciones de la madre y el hijo. Más todavía, era necesario para ellos aprender a hacer un balance entre sus propias fantasías de redención y la apreciación clara de los límites de lo que es posible hacer por las personas que tienen cierto tipo de alteraciones de la personalidad.

Con el tiempo Clayton dejó el hospital, aunque su madre intentó por todos los medios que se quedara y él mismo quería quedarse también. Sin embargo, después de un tiempo corto, volvió al Departamento de accidentados. Supuestamente había tenido una crisis epiléptica. Las investigaciones al respecto no llegaron a ninguna conclusión y las crisis eran siempre contadas por la madre, nunca vista por el staff del Servicio. Mrs. T. se enfadó mucho cuando le sugirieron que podría cuidar de su hijo en casa. Ella pidió más y más pruebas. Al final, el pediatra elaboró un

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

plan, influenciado por las muchas discusiones acerca de las alteraciones de la madre y el hijo. Para evitar ingresos inapropiados en el Servicio de Pediatría y al mismo tiempo para poder demostrar interés y cuidado por el dolor de la familia, se decidió decirle a Mrs. T. que si Clayton volvía otra vez al Departamento de accidentados, sería admitido en el Hospital de Día, y no en el Servicio de Pediatría. Desde entonces hasta hoy Mrs. T. y su hijo no han vuelto a ingresar en el Hospital. Pensamos que encontraron otro sitio donde les era más fácil actuar el drama de sus necesidades insatisfechas.

No era fácil para nadie entender los efectos de la deprivación temprana en el desarrollo de la personalidad; por supuesto, los conceptos son complicados y sólo se entienden claramente después de años de estudio y de experiencia. Consideremos toda la atención con que Anna Freud escribió el trabajo publicado en 1949, **«Certain Types and Stages of Social Maladjustment»** (Indicaciones para el psicoanálisis infantil y otros escritos, Hogarth, London, 1969). Ella escribe:

> *«El primer año de vida es la fase crucial en la que se dan todos los pasos importantes para llegar desde el narcisismo primario al amor de objeto, una transición que ocurre en pequeñas etapas. A través de la experiencia constantemente repetida de la satisfacción de las primeras necesidades del cuerpo, el interés libidinal del niño es desviado desde la concentración exclusiva de lo que ocurre en su propio cuerpo y dirigido hacia las personas del mundo externo (la madre o la madre sustituta) que son las responsables de procurarle satisfacción. En los casos que la madre está ausente o es negligente o emocionalmente inestable y ambivalente, y por supuesto, es inca-*

paz de ser una fuente estable de satisfacción, o en los casos donde el cuidado del bebé es insuficiente o impersonal, o dado por distintas personas, la transformación de la líbido narcisista en la líbido de objeto se hace inadecuadamente...».

«El cuerpo y sus necesidades mantienen una importancia mayor de lo normal... donde la necesidad de amor del niño no está colmada, los impulsos destructivos permanecen más aislados y se manifiestan más independeientemente por varios caminos, desde un mero aumento de la agresividad al deseo de destrucción...».

En la misma línea de pensamiento, ella distingue claramente la conducta que resulta de la deprivación en el primer año de vida y la conducta disocial normal que ocurre como una fase del desarrollo del niño. Ella lo explica así:

«Nosotros ordinariamente no aplicamos el término asocial a los trastornos emocionales que ocurren entre el niño y su medio, incluso si esos trastornos consisten en conducta disruptiva y desordenada extremadamente perturbadora para la familia, que es la primera comunidad social a la que el niño pertenece. No se puede decir del niño que responde de una forma social adecuada o no, antes de que haya adquirido cierta habilidad para percibir y entender objetivamente el medio en que se mueve y las reglas que lo rigen. Mientras está desarrollado todavía su sentido de realidad, es inevitable y normal que él no entienda y distorsione lo que percibe del mundo externo. El niño pasa a través de fases en las que identifica elementos del mundo externo con su propia persona o cuerpo, o en las que proyecta sus

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

malos impulsos internos en el mundo externo, o percibe y piensa de acuerdo con sus propios deseos y no de acuerdo con la realidad objetiva. Mientras identificación y proyección, deseo y omnipotencia mágica dominen el funcionamiento de su mente, él ve su medio sólo subjetivamente, no objetivamente. El niño reacciona así a lo que él siente que existe en el mundo externo, más que a la realidad actual. Su consecuente resistencia a aceptar restricciones, a renunciar o posponer la realización de deseos, su sobreestimación o su proca capacidad de creer en sus propios poderes (sentimientos de grandeza, sensación de inferioridad); todo eso constituye el inherente desajuste social del niño, que desaparece gradualmente a la vez que se desarrolla el sentido de realidad hacia un ajuste social progresivo.

Cuando este modo de funcionamiento mental persiste después del tiempo normal, la conducta basada en él se clasifica como disocial» (pág. 79-80).

Aunque el trabajo de Anna Freud ilustra algunas de las ideas teóricas que ayudaron al staff de Pediatría a manejar mejor a Clayton y a su madre, esto es sólo una pequeña parte de la completa teoría enseñada en el Centro de Anna Freud.

¿Exactamente en qué consiste esta teoría? Constatamos con sorpresa, que aunque las ideas de Anna Freud han contribuido al encuadre conceptual del programa de formación no es posible unir esos conceptos sólo con su nombre o con el de otra persona aislada, como sí se puede hacer por ejemplo, con la teoría de Melanie Klein. Desde hace 40 años, desde el comienzo del programa de formación en el Centro, se han modificado viejos conceptos y otros nuevos han crecido de ellos, como la importancia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

del concepto «self» o del papel del superyo como un agente que crea metas e ideales. Muchas ideas provenientes de importantes autores en la historia del pensamiento psicoanalítico, han contribuido a este proceso. Como consecuencia, los candidatos estudian un amplio abanico de autores, además del trabajo de Freud en profundidad y de los escritos de Anna Freud, leen libros y trabajos de autores como Karl Abraham, Otto Fenichel, Herman Nunberg, Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolph Lowenstein, Edith Jacobson, Eric Erikson, Donald Winnicott, Margaret Mahler, Joseph Sandler, Otto Kernberg, Heinz Kohut y otros.

Quizá el hilo común que une a todos esos autores y lleva a los profesores del Centro de Anna Freud a enseñar Piaget y otros y otros autores del campo de la psiquiatría infantil (Daniel Stern, Klaus y Kennel, Robert Emde) y psicología evolutiva, es la tarea de intentar entender cómo los niños y los adultos se adaptan al mundo. Joseph Sandler sostiene desde hace mucho tiempo que el psicoanálisis es una psicología de la adaptación. Esta idea, elaborada a través del concepto de Sandler del mundo de la representación, ilustra la clase de teoría psicoanalítica que se enseña en el Centro de Anna Freud.

Un encuadre teórico organizado alrededor de la importancia de vivir la vida tan efectivamente como sea posible, es indispensable para el experto en niños.

Es importante entender que el concepto **mundo de la representación,** no es simplemente otra manera de decir mundo interno. Es más, es un intrincado concepto lleno de faceta, cuya meta es explicar la compleja interacción entre el niño y su medio desde su nacimiento en adelante, y que incorpora conocimientos acerca del desarrollo neurológico y los procesos de la memoria y de la percepción,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

como Sandler escribe en su trabajo publicado en 1962 «Psychology and Psychoanalysis»:

> *«Podemos asumir que el niño recién nacido posee un primitivo sistema sensorial que registra poco más que placer o dolor, y debe pasar un tiempo relativamente largo antes de que pueda construir una representación esquemática de sí mismo y de los objetos del mundo externo. ... así como el niño crea gradualmente una representación de sí mismo, también crea representaciones de otros, en particular de sus importantes objetos de amor y de odio. Al principio las representaciones que él construye son las ligadas a la satisfacción de necesidades, pero gradualmente crea esquemas de muchas otras cosas, actividades y relaciones. Todo esto lo hace como una consecuencia de las sucesivas experiencias de sus propias necesidades internas y su interacción con su medio externo». (Págs. 50-51).*

Al formar estas representaciones, el niño puede progresivamente percibir estímulos provenientes de otras fuentes —corriente instintiva, ansiedad del yo, prohibiciones del superyo, información del mundo externo— y organizarlas y estructurarlas dándoles un significado. Este mundo de representaciones no es estático, sino que cambia a través de la experiencia adaptándose constantemente al mundo en el que un individuo vive.

No es necesario decir que toda la teoría debe ser enseñada a través de una estructura y lo que sigue es una breve descripción de la manera en que el Centro de Anna Freud organiza su formación en el momento actual. Para empezar, de 4 a 6 personas son seleccionadas cada 2 años para un curso a tiempo completo que dura de cuatro a cinco años. A los candidatos se les pide normalmente te-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

ner dos títulos universitarios y bastante experiencia en trabajo con niños. Naturalmente esto significa que la mayoría de ellos han sido profesionales antes de decidirse a iniciar su carrera como analistas infantiles. Los solicitantes vienen principalmente del campo de la educación, Psicología, trabajadores sociales, y muy recientemente, Medicina. Una vez elegidos, por supuesto deben someterse a su análisis personal de cinco sesiones a la semana durante el período de aprendizaje.

Es muy importante conocer dónde se coloca el programa de formación dentro de la estructura del Centro. Hay cuatro funciones diferentes del Centro que constantemente interactúan entre sí: **formación, tratamiento psicoanalítico de niños, investigación** y **servicios para niños.** Quizá sea más útil verlo como tres ramas que se nutren de un solo tronco. El tronco es la formación de los analistas de niños, las tres ramas, el tratamiento psicoanalítico de los niños, los servicios para los niños e investigación. Los servicios para los niños incluyen el jardín de infancia, una clínica para madres y recién nacidos, un grupo para niños de dos años y sus madres, y un servicio para niños ciegos.

La preparación para el futuro papel de expertos en niños así como de analista de niños, comienza el primer año de la formación. En este año, cuando todavía no se han hecho cargo de ningún caso, lo que se enseña es la observación. Se organizan viajes para visitar unidades de niños en Hospitales Psiquiátricos, Servicios de Pediatría, Unidades de Adolescentes y Tribunales para niños. Anna Freud siempre creyó que era imposible entender la patología, sin un profundo conocimiento de la normalidad. Así, una madre y su bebé recién nacido son observados en su casa cada semana, por al menos un año. La observación de niños en el Centro del grupo de niños de dos años, es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

otra de las obligaciones, y en el segundo año de formación, los candidatos deberán observar a los niños en el jardín de infancia del Centro. Se toman notas detalladas y se comparan entre los miembros del grupo en seminarios semanales que incluyen lecturas sobre el desarrollo del niño. En el segundo año, empiezan los tratamientos psicoanalíticos de niños con cuatro o cinco sesiones semanales, y cada una de las personas en formación, debe tener 3 niños en tratamiento durante más de un año, un niño menor de 5 años, uno en período de latencia y un adolescente. Se escriben informes semanales de cada niño describiendo su conducta, la técnica usada en respuesta al niño, y la comprensión teórica del material. Además, hacen también tratamientos no intensivos de niños y a veces se trabaja con los padres en vez de con el niño. Debe resaltarse que las entrevistas con los padres son consideradas una parte importante del análisis del niño, aunque esto se convierte en algo problemático con los adolescentes.

Los informes semanales son también la base de los ejercicios académicos que el candidato debe realizar. Se le pide dividir el material contenido en un año de trabajo y clasificarlo de acuerdo con un extenso sistema elaborado por el Centro de Anna Freud. Una vez que la información está clasificada de una forma apropiada, se guarda en fichas de acuerdo a un índice designado para ser fácilmente accesible para la investigación y referencia general. Desde la creación del índice, se ha reunido un grupo de estudios para examinar los conceptos usados para los diferentes títulos en el sistema de clasificación. La exploración de este grupo alcanza a veces sorprendentes resultados, por ejemplo, el descubrimiento de que muy pocas fichas eran clasificadas en el apartado superyo.

A cualquiera que se le pida una opinión acerca de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

cómo ayudar mejor a un niño, necesita tener una especial habilidad para evaluarlo. Anna Freud creó su propia herramienta para evaluación de niños para tratamiento psicoanalítico llamado simplemente **el perfil.** El perfil ayuda al que hace el diagnóstico a organizar toda la información que se tiene acerca del niño —historia, entrevistas diagnósticas, test psicológicos, informes de la escuela, médicos, o de Instituciones sociales— para que pueda ser formulada una hipótesis completa de la metapsicología de las alteraciones de un niño y pueda hacerse una recomendación de tratamiento. La información se divide primero en dos grandes grupos: **problemas del mundo externo** y **problemas del mundo interno**. Es siempre esencial pensar acerca de qué circunstancias en la vida de un niño pueden estar contribuyendo a sus problemas y juzgar cómo un cambio en el mundo externo puede aliviar el sufrimiento de un niño. Para poder decidir esto es importante tener una idea teórica de cómo funciona la mente del niño en el momento en que es enviado a tratamiento. ¿A qué nivel están desarrollados sus instintos?, ¿son apropiados para la edad del niño?, ¿cómo usa la agresión y qué intensidad tiene?, ¿actúa el yo de una manera flexible haciendo uso de varias defensas, o se limita él mismo a un sistema defensivo rígido o primitivo?, ¿la conciencia o el superyo juegan un papel adecuado en la vida del niño, aportando controles apropiados de conducta y alcanzando metas e ideales?, ¿ha mostrado el niño una evolución en general hacia la salud a través de los años? Sólo después de que estas cuestiones han sido contestadas lo mejor posible, puede el que hace la evaluación decidir si el problema va a seguir o no con el niño, incluso si el medio cambia. Naturalmente, la persona que hace el diagnóstico puede a veces concluir que el tratamiento psicoanalítico no es el mejor camino para ayudar al niño y recomendar en cambio, por ejemplo, un traslado de escuela, ayuda para los padres, o enviarle a una unidad especializada.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Para prepararse para escribir perfiles y presentarlos compleos en el Centro, los candidatos tienen seminarios donde les enseñan cómo hacer una historia social, cómo conducir una entrevista de evaluación y cómo entender los test psicológicos. Seminarios sobre psicopatología de niños y adultos añaden nuevas habilidades a su capacidad para diagnosticar como lo hace la participación en los grupos de investigación que están en marcha en el Centro. Los grupos de estudio incluyen temas como funcionamiento fronterizo, delincuencia, adolescencia, enfermedades crónicas, ceguera, enfermedades psicosomáticas.

Encuadrando todos los aspectos clínicos del programa de formación, hay un estudio largo y metódico de la teoría que comienza el primer año con la lectura de los escritos esenciales de Freud, por ejemplo los que se ocupan de los institntos y la estructura de la mente. El estudio de la teoría psicoanalítica, enfocado en Anna Freud, Mahler y Winnicott también comienza en este momento. A estos cursos básicos se les añaden otros sucesivamente. Otros seminarios exploran más adelante áreas de controversia y de dificultad conceptual, por ejemplo los escritos de Freud sobre narcisismo. La teoría de la relación de objeto se enseña desde el segundo año y la psicología del yo se explora en detalle. Como el concepto del mundo de representación figura en todos estos estudios, los candidatos llegan a estar cada vez más familiarizados con este concepto cuando van progresando.

En el cuarto y quinto año de formación, los estudiantes tienen la posibilidad de rellenar los huecos que creen haber tenido en la enseñanza teórica. Pueden solicitar un seminario sobre los trabajos psicoanalíticos más recientes o sobre psicología femenina, y leer a personas como Juliet Mitchell y Janine Chasseguet-Smirgel. O pueden sentir que es importante estudiar el trabajo de Jacques Lacan.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Las primeras lecturas sobre las relaciones de objeto usualmente despiertan interés en la Escuela Inglesa Independiente y pueden solicitar entonces seminarios sobre los escritos de Fairbairn y Guntrip. Como las teorías de Melanie Klein han tenido un impacto enorme en el trabajo con niños, se considera usualmente importante entender sus ideas. Sólo personas con un conocimiento especializado de la materia a enseñar serán los encargados de impartir estos seminarios extracurriculares; por ejemplo, el seminario sobre Melanie Klein es enseñado por un Kleniano.

Por supuesto, esta presentación de la formación en el Centro de Anna Freud ha sido enormemente simplificada. Muchas cosas no han sido tocadas, como las tensiones entre diferentes orientaciones teóricas, o la lucha que mantiene viva una Institución o la lleva a la muerte. Sin embargo, de las cosas importantes sí hemos hablado en la esperanza de que puedan servir a otros que estén pensando seriamente en establecer un programa de formación para el trabajo psicoterapéutico con niños.

Muchos son los problemas a considerar. El primero de todos, ¿es la formación psicoanalítica demasiado estrecha para todas las capacidades que se necesitan para ser un experto en niños? o, casi lo contrario, ¿provee el indispensable conocimiento de los recursos internos necesarios para producir un cambio?, ¿es el análisis personal esencial o un lujo? Ciertamente ofrece una oportunidad única para experimentar el poder de las emociones y aprender que pueden ser manejadas a través del conocimiento. ¿Podría alguien sin esta experiencia haber sido capaz de trabajar tan efectivamente con Clayton y su madre?

¿Debe tener un programa de formación una orientación teórica o muchas?, ¿puede una sola orientación ser clara

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y muchas confusas? Una pequeña parte del material clínico puede, por supuesto, ser entendido en mutuamente contradictorias vías, por diferentes escuelas de psicoanálisis. ¿Cómo entonces podrá el estudiante manejar la experiencia de recibir supervisiones que entran en conflicto? Hay personas que creen que esta experiencia lleva a una mayor madurez a los estudiantes. Otros están en desacuerdo.

¿Juega la Universidad un papel en un programa de formación de psicoanálisis o psicoterapia? Con muy raras excepciones el psicoanálisis ha permanecido fuera de los estudios universitarios a través de su historia. Como asignatura en la Universidad, uno podría argumentar que las escuelas de psicoanálisis podrían no haber tenido una influencia directa en el trabajo clínico. De hecho, el estudio académico de la mente puede incluir también todas las formas de psicología de las que el psicoanálisis es una rama. ¿Podría ser mejor entrar en un Instituto o programa de formación elegido por uno mismo y después de haber tenido contacto con distintas ideas en la Universidad? El estudio académico podría también ayudar a colocar el psicoanálisis y la psicología dentro de un contexto histórico. ¿No es extraordinario que cualquiera interesado en el entendimiento psicodinámico de la mente humana, no haya sido requerido a leer el libro de Henri Ellenberger, **The Discovery of the Unconscious?**

Finalmente, ¿pueden enseñarse diferentes clases de tratamientos dentro de un solo programa de formación? No hay duda que es necesario conocer otros tratamientos para poder juzgar cuándo pueden ayudar a un niño. Por ejemplo, un niño autista y su familia puede beneficiarse enormemente de un programa de modificación de conducta que le permita permanecer con su familia sin causar gran sufrimiento, o en el peor caso, le permita vivir una vida

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

más o menos decente dentro de una Institución. Sin embargo, es importante recordar que los tratamientos como la terapia de familia y la terapia de modificación de conducta son complejos y merecen programas de formación específicos. Si todo el mundo enseña todo, ¿no habrá peligro de que ninguna cosa pueda ser bien aprendida?

Al final, sin embargo, el conocimiento en cualquier disciplina depende de lo involucrado que cada uno esté en su trabajo, y esto incluye una evaluación a lo largo de toda la vida de los nuevos desarrollos en el campo y exploración de áreas menos conocidas de la propia disciplina. Cuando la materia de estudio es la mente humana, el proceso no puede terminar nunca. El trabajo con niños, puede argumentarse, es la demanda más pesada de todas en el desempeño profesional individual. Después de todo, aliviar el sufrimiento emocional de los niños es una inversión para el futuro de la comunidad como un todo. Anna Freud nunca perdió de vista esta obligación y la introdujo en un programa de formación que, en última instancia, crea expertos en niños.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

REFERENCES

Freud, Anna (1949): «Certain Types and Stages of Social Maladjusments», in **Indications for Child Analysis and Other Papers, 1945-1956.** London, Hogarth, 1969.

Freud, Anna (1978): «The Principal Task of Child Analysis», in **Psychoanalytic Psychology of Normal Development.** London, Hogarth, 1982.

Sandler, Joseph (1962): «Psichology and Psychoalalysis», in **From Safety to Superego: Selected Papers of Joseph Sandler.** London, Karnac Books, 1987.

PUBLICAMOS, POR SU INTERES, EL DEBATE SOSTENIDO CON LOS PONENTES COMO FINAL DE LA REUNION CIENTIFICA:

P.—Quiero hacer dos preguntas. La primera, para Luis Martín: Es a propósito de la identidad del psicoterapeuta infantil... ¿Qué pasa cuando el psicoterapeuta infantil madura, pero no en el sentido que tú planteabas ayer, un psicoterapeuta «infantil», niño, que crece, sino en el otro sentido, en el de un psicoterapeuta infantil que envejece? Cuando, por ejemplo, la artrosis nos impide echarnos por tierra a jugar con el niño ¿no será esto en realidad y no una cuestión técnica lo que nos hace intervenir menos?

La segunda pregunta es para D. Luciani, y es a propósito de Clayton, el niño que presentó en su trabajo... Había un aspecto que me parece a mí que implica algo del orden de la weltanschau, es decir, de una cierta forma diferente de concebir filosóficamente los problemas. Vd. no lo ha mencionado, pero cuando la escuché a mí me hizo pensar en la pulsión de muerte.

Esto modificaría la técnica de abordaje del problema. Por ejemplo, si a las enfermeras se les explica en este sentido, desde lo que sería la óptica kleiniana, ello exigiría la percepción y el manejo de la propia pulsión. Entonces, esto podría suponer, se me ocurre a mí, intervenciones más costosas, incluido el psicoanálisis personal de todo el equipo.

Me gustaría conocer su opinión sobre esto.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

R.—**Luis Martín:** Bueno, ante todo, no creo que tú estés en esa fase que planteas... De todos modos, al escucharte recordé... hace años, en Ginebra, una escena: El Prof. Diatkine, en cuclillas, jugando con un niño pequeño. Diatkine, como ustedes saben, no es precisamente un atleta.

Creo que la madurez, la madurez del psicoterapeuta, más que una cuestión física, es una cuestión de capacidad de comunicación con el niño. El niño debe poder sentir que se está haciendo algo **con** él y no **por** él.

R. Gaddini: Yo querría responder a su segunda cuestión. Y volver a hablar de esto a lo que me he referido antes, el síndrome de Münchausen, el ataque por poder. No me gustan las etiquetas..., pero lo que esto significa para mí es que es un descubrimiento de los pediatras, la existencia de estas madres que no sirven, que no son capaces de contener, de proteger, que como mucho pueden atender a lo físico, pero no a la contención mental.

Esto ocurría en el caso de ....., si recuerdan, una madre que inyectaba a su hijo sustancias tóxicas y que trajo de cabeza a los médicos hasta que pudieron descubrir de dónde procedían los síntomas.

La prensa italiana publicó un caso semejante: una madre que se arrojó con su hijo desde el cuarto piso del hospital...

Son madres que quieren ver a sus hijos muertos, quietos, estáticos, en una especie de identificación proyectiva...

Pero no me gusta usar el concepto de instinto de muerte como tal.

Más bien opongo los aspectos que tienden a la integración que atienden a la vida, frente a la tendencia a la desintegración, a la destrucción.

En este sentido, el síndrome de Münchausen es una manera de mantener al niño como parte de uno mismo y atacarlo como si se atacara el propio cuerpo.

Pulsión de muerte no me gusta como término porque ha atravesado una serie de vicisitudes que lo marcan, pero sí estoy de acuerdo en que hay personas que tienen dificultades para poner la líbido al servicio de la integración, de lo constructivo.

D. Luciani: A mí tampoco me gusta el concepto de pulsión de muerte. Clínicamente, para mí no tiene ningún sentido.

La pulsión de Clayton no era de muerte, era de vida.

En personas que han sufrido carencias, privaciones emocionales, la experiencia de tener un niño, hace revivir las propias horribles experiencias de privación.

Aquí sí hay un concepto que me parece ajustarse a lo que pasa, que es la envidia.

Clayton y su madre han tenido la misma experiencia de buscar y encontrar intimidad, y luego perderla.

Yo no creo que es un deseo de muerte el de Clayton, es el deseo de mitigar el dolor que produce el contacto con otra persona.

En personas que carecen de amor, que carecen del «imput» libidinal de parte de sus madres, existe una tendencia a repetir esta carencia y transmitirla.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

F. Cabaleiro: Abundado en la intervención de R. Sanz, quería hacer notar un fenómeno: hay cantidad de psicoterapeutas infantiles que dejan de serlo para hacerse supervisores. Yo creo que efectivamente no es la artrosis la que hace que uno no se eche al suelo para jugar sino otros factores.

* * *

P.—Para Luciani. Vd. afirmó que «el juego es el trabajo del niño». Le pediría que precisara lo que quiso Vd. decir, y yendo un paso más, que nos dijera cómo se explica su existencia, cuál es su naturaleza y qué función cumpliría (el juego).

R.—**D. Luciani:** Lo que quiero decir es que el juego es la manera que tiene el niño de tomar sus experiencias y darles un sentido. Observando niños jugar, todo se refiere a lo que han hecho durante el día. Cuando el bebé percibe un nueva experiencia, la repite y repite hasta convertirla en cotidiana. Cuando digo trabajo, quiero decir que el niño usa el juego para entender e integrar.

En psicoterapia, el juego sirve para entender y compartir con el terapeuta. Como terapeutas, observamos y luego tratamos de entender que significó...

R. Gaddini: Imagínense, trabajando con Winnicott, la de veces que el tema del juego salía en la conversación...

Cuando Luciani menciona «el psicoanálisis como una psicología de adaptación», yo pienso que para mí, en pri-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

mer lugar, el psicoanálisis es una psicología de ser. De ser integrativamente y, por tanto, de adaptarse.

El juego es un trabajo de mediación entre el mundo externo, real y el mundo interno. Gracias a este trabajo el mundo interno del niño va imbuyéndose del ambiente, de sus experiencias con el medio, y asimismo, el mundo interno penetra en el ambiente y lo modifica.

Jugar no es sólo utilizar los juguetes sino que es algo de la persona global.

Esta idea del ser y del estar, de la única manera que se puede ser y estar creativamente, imbuyendo en el mundo externo el interno, y viceversa, es lo que constituye a mi modo de ver la esencia de lo que estamos tratando.

Joana M.ª Tous: En relación con lo que se habló del niño maltratado, creo que se puede intentar una síntesis. Les diré que mi formación es kleiniana. La Profesora Gaddini habló del niño como parte de la madre, idea que nos es familiar en la teoría kleiniana. La Dra. Luciani dijo que no reconocía el concepto de pulsión de muerte, pero, en cambio, habló de envidia. Bien, para los kleinianos la envidia es pura y simplemente la forma en que se expresa, la forma en que nos es visible la pulsión de muerte. De modo que la envidia sería la expresión del instinto de muerte, y no otra cosa.

* * *

P.—Es una pregunta para todos los miembros de la mesa: Pensando en la formación aquí, en España, nos encontramos con personas que piden supervisión, antes de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

pensar en su formación analítica. En mi experiencia, creo que merece la pena supervisar el trabajo que estas personas están haciendo y que ellos, en muchos casos sí consideran psicoterapia.

R.—**M. T. Miró:** Yo sería partidaria de diferenciar y de definir antes que nada qué es aquello, y cómo se llamaría: entrevista o entrevistas, trabajo de apoyo, etc.

Nosotros, en el Centro de Psicoterapia Psicoanalítica, supervisamos diferentes trabajos, con padres, con niños en diferentes situaciones. Pero a todo no lo llamamos psicoterapia.

R. Gaddini: Para hacer supervisión, hay que estar en análisis. Pero, por otro lado, sin preguntarnos a dónde vamos a llegar. Porque, a lo mejor, la persona que supervisa un caso de psicoterapia con un niño, no llega a ser un psicoterapeuta de niños...

D. Luciani: Yo cre que, al supervisar, mostramos comprensión, explicamos nuestra postura. Pero, estamos tan acostumbrados a tratar con el mundo interno que no tomamos en cuenta el impacto que lo que decimos puede tener en otras personas y el uso que los otros pueden hacer de lo que decimos...

J. M. Tous: Yo superviso personas que no son psicoanalistas. Estoy de acuerdo con Luciani en que se puede ayudar a comprender. Pero hay que advertir que hay siempre un tope, un límite. Es el que impone el hecho de lo no vivenciado, de lo no experimentado emocionalmente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Y, a partir de un momento, es un dar vueltas y más vueltas sin poder pasar de ahí...

L. Martín: Yo estoy de acuerdo en que mantener un rigor teórico es muy importante. Pero creo que puede haber un momento anterior a la propia formación psicoanalítica, que sería lo que Roberto Speziale Bagliaca llama el momento de iniciación a la percepción psicoanalítica, en el cual, antes de haber un compromiso con el psicoanálisis personal, hay ya un compromiso con pacientes. Y ¿qué hacer en estos casos? Creo que es importante trabajar con ellos en esta dimensión, la de la percepción psicoanalítica, el descubrimiento del hecho de que hay una involucración emocional con el paciente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

VALORACION DE ALGUNOS INDICIOS DE RIESGO DETECTADOS EN LA OBSERVACION DE BEBES PARA LA COMPRESION DE LA PSICOSIS

Por Manuel PEREZ SANCHEZ

Según señalan algunos autores, entre ellos H. Rosenfeld (5), las reacciones esquizoides en niños pequeños se suelen pasar por alto, por eso a la hora de realizar la Historia Clínica se obtiene la vaga información de que el paciente en otro tiempo fue un bebé «particularmente bueno». Sin embargo, los datos que obtenemos de la observación de un bebé en la relación con su madre y su medio ambiente son muy diferentes. Podemos apreciar de qué manera la madre, el padre, o la familia, niegan o no pueden percibir una situación que, por su naturaleza, es particularmente angustiosa. Como consecuencia, los padres o la familia toman una actitud de rechazo o retirada inconsciente hacia el bebé, hasta que éste se adapta, como puede, a las condiciones penosas que está viviendo, o recurre a medidas de alivio extrañas, que le convierten en este «bebé particularmente bueno». De esta manera, se puede incluso llegar a conseguir un cierto equilibrio precario, pero a nuestro entender se han creado las bases para que el proceso patológico pueda asentar sus raíces y, posteriomente, cualquier acontecimiento traumático lo pueda poner en marcha. Los padres oprimidos por la culpa, en muchas ocasiones, no suelen ser capaces de ver y menos de comunicar estos indicios.

El especialista ha de estar alerta para desentrañar y

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

reconstruir a través de los síntomas la historia del desarrollo temprano, tanto para conocer o desvelar el significado de las conductas extrañas, como para planificar el tratamiento y cuidado del niño. Esta tarea ha de realizarla el especialista, con esmero, cuidado y paciencia, con objeto de obtener primordialmente la colaboración de los padres, que se han desvinculado razonablemente del niño, ante las manifestaciones extrañas.

Por nuestra experiencia en la observación de bebés, hemos llegado a la convicción de que los elementos generadores de vida y de vinculación, son los dominantes en las primeras relaciones, lo que justifica la actitud confiada de pediatras y psiquiatras infantiles, ante algunos temores de los padres, respecto a algunas manifestaciones que puedan surgir en el curso del desarrollo. Pero es a su vez esta creencia en el origen precoz y dinámico de las relaciones humanas y su patología, la que nos hace valorar cualquier indicio de riesgo, sin alarmas, pero con actitud abierta y reflexiva, ante cualquier comportamiento en las relaciones precoces, tanto más cuanto que las psicosis, por su naturaleza, son desvinculantes o deterioran las relaciones, que son el origen de la fortaleza y la salud.

Frances Tustin (6) enfatiza la necesidad de investigar meticulosamente el daño psíquico y no contentarse con comprensiones globales, en términos tales como que la madre o el bebé no son receptivos o sensibles. Ella añade, que si queremos poder ayudar a estos niños handicapados, necesitamos tener «insights» detallados de su naturaleza, estudiando las emociones elementales asociadas con los inicios de la percepción y de las formas en que la percepción puede ser bloqueada y distorsionada.

Aunque hemos apreciado múltiples indicios de riesgo,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

que se refieren a la alimentación (defectos en la succión, vómitos, anorexia), interés excesivo y extraño por los movimientos de la lengua dentro de la boca, insomnio agitado con gritos, o insomnio con el niño calmado con los ojos muy abiertos, falta de sonrisa, falta de coordinación motora, no fijación de la mirada en el rostro de la madre, desinterés general, o atención muy dominante a las propias sensaciones corporales, etc. Nosotros vamos a describir sólo algunas de estas manifestaciones, junto a otras menos evidentes, en un solo caso dentro de su evolución en el contexto relacional, en el período de los tres primeros meses.

La no metabolización de sensaciones y emociones del bebé por parte de la madre.

En primer lugar intentaremos ver que un insuficiente intercambio emocional entre el bebé y la madre impiden la metabolización de sensaciones y emociones y como consecuencia, estas sensaciones y emociones pueden tomar caminos equivocados, distorsionados y ser la base para el asiento de determinadas patologías.

El bebé Mario, de quien les voy a hablar, es el quinto de la familia, el mayor tiene seis años. La madre posterga la primera observación hasta después de Navidad, argumentando que tiene mucho jaleo con los preparativos de las fiestas.

«En la **primera observación,** Mario tiene **un mes y seis días,** la madre y el hermanito José, de un año y cinco me-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

ses, reciben al observador. Ella se dispone a dar el pecho a Mario que está **somnoliento,** con los ojos semicerrados. Se lo coloca al pecho izquierdo y el bebé mama, mientras la madre explica, que cuando el observador llamó antes de Navidad estaba desbordada por las fiestas, todos los niños en casa y además con una gran preocupación, porque el médico de la Seguridad Social le había dicho que tendrían que operar a Mario por una hinchazón en el ombligo, pero su pediatra lo pudo resolver con unas curas; recuerda las tribulaciones sufridas con José, que tuvo que ser operado del píloro con pocos meses. Pasa a interesarse por la observación y exclama sobre qué es lo que se puede observar en un niño tan pequeño, porque cuando ya tienen seis u ocho meses ya es algo distinto.

La madre retira al bebé del pecho izquierdo donde **mama sin mucho vigor,** pero tranquilo. Luego sobre su falda Mario **hace gestos lentos,** mueve sus brazos en suave balanceo de arriba abajo, las manos en forma de puño se mueven también lentamente, **la cara arrugada,** los ojos semicerrados, hace movimientos con la boca como de estar mamando, echa un poco de leche..., abre sus ojos y queda **mirando al frente.** La madre lo coloca al pecho derecho y mama con movimientos rítmicos. El hermanito José, que había intentado llamar la atención de la madre, insiste en tocar al bebé, por cuya razón la madre le riñe, el bebé hace gestos con la nariz y se le escapa el pezón por unos segundos retomándolo en seguida. El hermanito José entretiene ahora a la madre con el juego de esconderse y aparecer. Mario empieza a reproducir unos **sonidos en el interior de la boca,** hasta que se aleja del pezón y sigue moviendo la boca; la madre con la ayuda de los dedos de su mano izquierda le sujeta el pecho y le introduce el pezón al tiempo que se pregunta: «qué le pasará?». José vuelve a tocar al bebé y éste que ha vuelto a mamar

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

con mayor rapidez y fruición, hace un **sonido agudo y contenido,** como de: **«iiiiii»,** abre sus labios, deja salir el pezón, se aleja un poco de él y hace gestos con su boca, abriéndola y cerrándola, agita sus brazos hacia arriba, se escucha el comienzo de un llanto y sonido del tipo iiiiii muy agudo. La madre lo toma con sus dos manos frente a ella y le da golpecitos en la espalda preguntándose qué le pasará. Mario se pone rojo, hace gestos con la boca, arruga la nariz, mueve todo su cuerpo. La madre, golpeándole la espalda, afirma que no suele pasarle esto. A los pocos segundos el bebé echa un erupto y prorrumpe en un **llanto apagado,** moviendo manos y brazos... La madre intenta de nuevo meterle el pezón, él abre la boca y lo roza sin succionarlo, mueve sus labios pero no llega a tocarlo, ella le mira y le dice: «¡vaya! ahora no lo quiere». La madre, preocupada, se coge el pezón con sus dedos y toca en movimientos circulares los labios del bebé, quien ahora cierra la boca, los ojos, empieza a chupar y con sus dedos toca el pecho de la madre.

Vuelve José y la madre le entretiene con una canción y movimientos de su mano libre, Mario cierra más los ojos, arruga la boca, la nariz, abre los labios, deja salir el pezón y llora. La madre lo levanta, lo vuelve a poner al pecho y él acepta y mama, ella se da ánimos diciéndose que ahora sí lo coge, le mira unos segundos para preguntarse que por qué puede estar hoy así, Mario. Después de unos minutos al pecho, la madre lo retira y lo coloca sentado sobre su falda, José intenta subirse también en el regazo, ella se lo impide, pero cruza sus pies para ofrecerle a José que se suba sobre ellos para jugar al caballito. José se mueve con violencia que repercute en la madre y en el bebé, quien empieza a arrugar la cara, gesticular y llorar. La madre decide parar el juego que hace con José y cambiarle los pañales al bebé. Sobre la mesa, Mario que-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

da como **paralizado**, sin moverse, los ojos abiertos dirigida su mirada hacia atrás, ignorando la presencia del observador que está delante.

Ante las operaciones de limpieza de la parte inferior del cuerpo, el bebé **permanece quieto.** Después la madre lo coloca en la cuna, él está boca abajo, alterna el **colocar toda su cara en el colchón** o bien apoyarse sobre su mejilla izquierda o derecha. Cuando tiene su cabeza apoyada sobre la boca y la cara se oye una especie de llanto apagado, su mano derecha está cerca de la boca, pero no llega a tocarla. La madre se marcha a otras habitaciones, Mario lloriquea, calla al apoyar su mejilla derecha sobre la cuna, abre la boca, vuelve a lloriquear en el centro, se calma sobre la mejilla izquierda y así...

Termina la observación, el observador sale, se encuentra con la madre, quien hace referencia a que el día que hablaron por teléfono antes de Navidad y que ella se mostró fría, fue porque tenía mucho follón, pero insiste en que no le importa que el observador asista a su casa todo el tiempo que lo desee.

No podemos detenernos en hacer un estudio detallado de todos los pormenores de la observación que les he resumido, pero sí les mostraré algunas pautas.

En primer lugar nos encontramos con una madre que no ha podido recibir al observador pronto, por encontrarse abrumada con los hijos en casa y angustiada con la anunciada operación de Mario, por lo que alegando razones externas posterga la observación un mes. Ella misma tiene muy poca convicción respecto a que se pueda observar mucho en un niño tan pequeño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

No obstante, mientras la madre establece un contacto cercano con el observador y puede explicarle más claramente las razones de la postergación el bebé mama, es cierto que con poco vigor, pero tranquilo. Es decir, que la experiencia del bebé al pecho, cuando la madre se siente atendida y en relación con el observador, es buena.

En el segundo pecho le experiencia continúa siendo buena, pero José empieza a interferir más activamente y la madre que se siente dividida ante su demanda, junto a la intranquilidad del bebé, que no sabe lo que le pasa, en lugar de esperar, se decide por estimular al bebé con golpecitos en la espalda. Estos estímulos intensifican lo que empezó a ser una mala experiencia con la madre, o con el pecho, por lo que en lugar de disminuir el dolor lo incrementa, apareciendo el enrojecimiento, la tensión y el llanto apagado, no vital. Así que al acercarlo al pecho, **él roza el pezón pero no lo puede apresar con sus labios,** para sostenerse con él, o incorporarlo.

La madre, asistida por la presencia del observador, es capaz de dejar a José y ocuparse de su tarea de una forma más imaginativa, estimulando dulcemente con su pezón los labios del bebé. Es entonces que él puede agrarrar el pezón con sus labios, al mismo tiempo con sus ojos que cierra y las sensaciones de contacto en los labios, se transfieren a las manos, con las que toca el pecho, por lo que podemos hablar de una experiencia de incorporación o introyección más global del pecho y su función integradora. Ahora bien, en el momento que la madre le deja mamar sólo para ocuparse del hermanito José, él suelta el pezón y empieza a llorar, porque él necesita al pecho, junto con la mente de la madre para poder digerir esta experiencia. La canción y los movimientos que la madre dirige al hermanito y que no son para él, son estímulos que entran

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

por su oído y por todo su cuerpo, incrementando su mala experiencia. La madre vuelve a ponerse en contacto con él y reacciona bien. Al volver José a interferir con el violento juego del caballito, da muestras de desagrado y llora, es como si volviera a entrarle la dolorosa estimulación, estímulos que le quitan o interfieren su relación con la madre.

Al dejarlo sobre la mesa para cambiarlo él queda paralizado, sin moverse, asustado, ha perdido la contención de la madre y cualquier movimiento o estímulo se le hace doloroso. Luego en la cuna realiza movimientos con su cabeza apoyándose sobre su mejilla derecha o izquierda con lo que puede calmarse, pero cuando aplasta su cara es como si volviera sobre sus propias sensaciones corporales, que le producen malestar y le hacen sentirse abandonado.

Finalmente la madre, en el transcurso de la observación, se torna más receptivo, ganando en sensibilidad. Presumimos, que esta madre, que ha tenido cinco hijos y el mayor tiene seis años, ha debido tener poca disponibilidad física y psíquica para ayudar a que sus hijos pudieran vivir sus propias sensaciones y emociones de una manera más amplia. Por el contrario estas sensaciones o emociones, al no ser debidamente contenidas o elaboradas han debido seguir caminos extraños, como nos parece que sucede con Mario.

Como dice Bion (1), estas sensaciones o emociones, estos sentimientos no pueden ser diferenciados de las sensaciones corporales, son los llamados elementos Beta, que son objetos compuestos de cosas en sí mismos, sentimientos de depresión-persecución y culpa y por lo tanto aspectos de la personalidad ligados por sensaciones de catástrofe. Si los elementos Beta dispersos no encuentran

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

continente (el modelo correspondiente a continente es el pecho) los elementos Beta se tornan, por decirlo así, en mucho más activamente deprimidos-perseguidos y ávidos. Los mecanismos implicados en estos fenómenos primitivos pueden ser considerados, en forma más simple, como una evolución de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, descrita por M. Klein y viceversa, o el paso de la fragmentación a la integración, o expulsión-ingestión. Movimiento que hemos apreciado en Mario, cuando por momentos se siente integrado en el pecho, o bien fragmentado y disperso; aterrado, por la sensación de catástrofe. El bebé, estando en un estado de confusión y teniendo experiencias sobre las que no puede pensar, proyecta las partes alteradas de él mismo en la madre. La madre y su mente (experimentadas por el bebé como pecho) tiene que hacer la función de pensar por el bebé, ella devuelve estas partes disturbadas de él mismo (los elementos Beta) en un estado que permite que llegue a existir el pensamiento y los sueños, lo que Bion llama la función Alfa. Por tanto, la madre tiene que hacer funciones mentales por el bebé, que el bebé puede aprender a hacerlo por si mismo, internalizándola a ella.

Los indicios que hemos detectado en esta primera observación, tales como **la dificultad para tomar él mismo el pezón, la mirada perdida, los movimientos con la boca** y **los gestos de la cara, la paralización corporal** cuando queda solo o le lavan, **el llanto poco vigoroso, los sonidos o chillidos extraños que tienen dificultad para salir de la boca en forma más expresiva,** o **el aplastar su boca y cara sobre el colchón, etc.,** por sí solos no tendrían mucho valor, si en ulteriores observaciones no fueran seguidos de otras manifestaciones, tanto del bebé como de la relación de su madre con él.

Mayor desconexión emocional del bebé y otras manifestaciones sintomáticas.

El destete y la introducción del biberón es un nuevo paso en la desconexión emocional de Mario, después de la insuficiente contención de la madre, como habíamos apreciado en la observación anterior.

«En la **segunda observación,** Mario tiene **un mes y quince días.** Salen a recibir al observador la madre y José, quien lleva una galleta en cada mano y una tercera en la boca; José entra gritando al cuarto del bebé, que parece dormir boca abajo, apoyado sobre la mejilla izquierda, **mueve su cabeza rozando el colchón sin despegarse, arruga la nariz, hace algunos sonidos en el interior de su boca, acerca la mano derecha a su boca sin llegar a tocarla..., mueve su cabeza apoyando toda su cara, llora ligeramente, queda quieto, como si estuviera dormido, sin movimientos oculares.** Viene la madre y lo saca de la cuna para darle el biberón, él abre sus ojos brevemente. Ella explica que tiene que darle el biberón, ya que **duerme mucho;** por las noches llega a estar hasta once o doce horas sin despertarse. Añade que a ella se le retira la leche si no le da más de cuatro tomas por día, y el pediatra le sugirió que no era suficiente con el pecho. Mirando a Mario le dice que como es **tan tranquilo,** y que él se toma igual el biberón que el pecho, con tal de llenar la barriga...

La madre en el comienzo de esta observación nos comunica pronto que ha destetado al bebé. De los pocos datos que tenemos podríamos aventurar la hipótesis, de que **el niño se encuentra como en su cuerpo a merced de sus sensaciones.** Por ejemplo, la descripción que hace el

observador, es de que el bebé hace algún sonido en el interior de su boca y a pesar de que hay ruidos fuera él no se despierta, por otra parte está como pegado al colchón restregando su cara, acerca su mano a la boca sin contactarla. La madre nos informa que duerme mucho, lo que podríamos considerar como una retirada del mundo vigil y no como una entrada en el mundo interno, donde a través de los sueños él pudiera recrear su relación con el pecho y su madre. La opinión de la madre, de que es muy tranquilo, parece hacer referencia a que el bebé no establece diferencias entre el pecho y el biberón y que con tal de llenar la barriga él calma las sensaciones de hambre. Aun siendo esto cierto, podríamos preguntarnos entonces sobre cómo el bebé puede digerir sus sensaciones y emociones o, de otra forma, qué caminos van a tomar esas sensaciones y emociones.

Veamos qué pasa con la alimentación por biberón.

La madre toma el biberón de la mesa y se lo pone en la boca de Mario, que lo deja entrar con los ojos abiertos, lo rodea con sus labios, el dedo índice que pone sobre su nariz lo resbala hasta encontrar donde se unen boca y biberón. La madre pregunta al observador si un niño a esta edad ve o no ve, mientras comprueba que el bebé no toma mucha leche; al presionar el biberón él mueve los labios como si succionara, y tras unos segundos queda quieto. Alterna el mover los labios o dejarlos quietos según que el índice, que está entre la tetina y el labio, lo roce o no. La madre lo mira, al ver que no chupa le saca el biberón y comenta que está tomando más aire que leche, porque la cantidad está casi igual. Ella se lo vuelve a meter, Mario lo deja entrar, rodea con sus labios la tetina y para de chupar, cuando la madre se entretiene con el hermanito...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

La madre se pregunta qué pasará hoy que no avanza, si es que estará medio dormido.

Apenas se observan movimientos en la cara, parece que se va a tocar las manos, pero no llega a aproximarlas. Al introducírselo de nuevo él **hace movimientos en el interior de la boca,** pero no succiona, la madre se lo saca, mira su reloj, se dice que no suele tardar tanto tiempo; él hace movimientos con su boca entreabierta. La madre deja el biberón y busca la cara de Mario, que está con su **mirada perdida al frente,** moviendo su cabeza a golpecitos con movimientos en sus labios por donde mana un poco de leche...

Al nuevo intento lo deja entrar, chupa unos segundos y para. Ella se vuelve a preguntar qué le pasará, decide que el biberón está frío y se marcha a calentarlo. Vuelve a los pocos segundos y empieza a cambiarle los pañales; desnudo de la parte inferior de cuerpo, queda quieto, con la mirada al frente. Vestido mueve ligeramente la boca, por donde sale un poco de leche, hace gesto y una **mueca extraña.** Vuelve la madre con el biberón, arruga la nariz, gesticula con la boca lentamente, los ojos entreabiertos, la madre, sonriéndole, le dice que tiene cara de mal genio y que quizás no le ha gustado esperar; el observador, por el contrario, aprecia una **expresión ausente y desvitalizada.**

La madre se pregunta si los niños a esta edad oyen, porque aunque los niños gritan y chillan, Mario no se despierta, ni parece enterarse; para los otros hermanos es como si el bebé no existiera, ya que cuando vuelven de la guardería el bebé duerme.

La madre le introduce el biberón de nuevo, éste lo deja entrar con la boca entreabierta, por donde sale algo de leche, ella afirma, ahora sí, que no lo quiere. El bebé está

quieto, los brazos a los costados, dirige levemente la mirada hacia la madre, ella se la mantiene, le da ánimos hasta que Mario acaba por cerrar su boca y se oyen ruidos de estar succionando; levanta sus brazos roza el biberón, pero tras unos segundos queda quieto, al parecer mirando a la madre. Como es cerca del final de la hora de observación la madre decide terminar, él mueve su boca, gesticula con lentitud, mueve sus manos y arruga su nariz y las cejas, la madre hace comentarios sobre su cara. Lo va a poner a dormir y comenta al observador cómo algunas amique se extrañan de que pueda dejar a Mario sólo en casa, los momentos que tiene que ir a comprar algo o ir a buscar a los otros niños a la guardería.

Señalaremos un primer intento del niño de vigorizar la tetina del biberón con su dedo índice, para reproducir la vitalidad del pezón, pero a medida que pasa el tiempo la relación con el biberón se hace más pasiva. Hay **poca capacidad, poca respuesta, poca protesta,** incluso hay una rara facilidad en dejar entrar la tetina del biberón sin oposición. El niño ha sido destetado y se le ha introducido el biberón y no aparecen signos de aprecio o desprecio, de valoración o desvalorización.

Al desnudarlo tampoco se produce mucha reacción, en todo caso aparece una mueca extraña. La madre lo quiere describir como que aparece genio en su rostro, es decir, capacidad de respuesta, signo de vigor, cuando el observador lo describe como un niño ausente, desvitalizado y pasivo. Es por eso que la madre se pregunta si los niños a esta edad ven u oyen, porque él no responde ni a la visión ni a la audición de sus hermanos.

Cuando al final la madre dice que el niño no quiere el biberón, no es tanto un rechazo, como que el biberón entra

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

en la boca inerte, que no cierra y sólo cuando ella le busca la mirada o le estimula, es capaz de chupar algo e incluso acerca sus manos. Es como si el destete lo hubiera paralizado, anestesiado y los pocos estímulos vinieran de las sensaciones de su cuerpo.

Por último la madre da un detalle más de cómo lo deja solo sin preocupación, es de nuevo una desconexión de la madre. Estas manifestaciones de hoy nos hacen valorar más las del día anterior.

En la **tercera observación,** Marío tiene **un mes y veintidós días,** durante todo el tiempo se ve la siguiente pauta: Mario manifiesta una **actitud ausente, boca abierta,** mueve sus brazos semiflexionados a pequeños golpecitos, las manos cerradas, **la mirada sobre diferentes puntos al frente**... Mueve su brazo izquierdo hacia arriba, **parece como si estuviera atrapando algo en el aire, con la boca ligeramente entreabierta.**

La mirada pasa en alguna ocasión por donde está el observador, pero no se para y sigue su trayectoria hacia otros puntos. Sale un poco de leche por su boca y en ese momento queda paralizado unos segundos. Vuelve otra vez a la pauta de mirar en el vacío con el movimiento de sus brazos, y cuando vuelve a salir leche queda paralizado y llora. Es después de repetir esta última secuencia, que se agarra a la sábana y queda dormido.

Diríamos que su mirada es como si estuviera en el vacío, como si no mirara nada. Es como la mirada de un vacío interno y como si a su vez estuviera reproduciendo con sus brazos algún movimiento corporal interno, muy primitivo y desarticulado y se calmara con su motricidad. Hasta que la sensación de la leche en la boca le paraliza

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y llora, por lo que luego se agarra a la sábana y huye hacia el sueño.

En la **cuarta observación,** Mario tiene casi dos meses. La madre comunica que le gustaría que los bebés hablasen para saber qué les pasa, ella tiene cinco hijos y sigue sin saber por qué lloran. El observador comenta que hay que echarle mucha imaginación, a lo que la madre contesta con resignación.

Lo más destacado de esta observación es que la madre está poco en contacto con el bebé, muestra poca capacidad de «reverie» o ensoñación. Ella tiene muchos hijos para llenarse de vida, pero no puede recrear la vida con cada hijo, por lo que Mario continúa mostrando algunas manifestaciones, en las que el biberón es utilizado con más **voracidad** que deseos de incorporar algo nuevo (voracidad que sirve para calmar o neutralizar las sensaciones o estímulos malos).

Funcionalidad integradora en la utilización de los órganos de los sentidos.

¿Podríamos apreciar una cierta funcionalidad integradora en la utilización de los órganos de los sentidos por parte de Mario? ¿Podríamos ver qué papel puede jugar su desorganización en una futura patología? Una de las características que nos parece más significativa de Mario, es una cierta **dificultad en la utilización de sus instrumentos perceptuales.** El está como ausente, no se siente interesado por los estímulos externos, recurre con mucha insistencia al sueño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

En la **quinta observación**, apreciamos un mayor interés por los estímulos externos, tornándose éstos más selectivos en dirección a la madre, lo que permitirá ordenar en cierta manera los elementos extraños Beta y comenzar un cierto funcionamiento Alfa, más coordinado.

«Mario tiene **dos meses y cinco días.** La madre recibe al observador junto con José y le invita a ver al bebé, que está en la cuna, boca arriba, al lado del ventanal, le da el sol y parece mimarlo.

Al poco entra la madre que mira al bebé y dice que va a prepararle el biberón. Mario ha quedado quieto con la vista al frente; en cuanto se va la madre, **él dirige su mirada al ventanal,** mueve sus manos, hace algún guiño con los ojos, una mueca en sus labios, estornuda, deja salir saliva por su boca. Pasa su mirada por el observador y continúa su trayectoria hacia la ventana, mueve sus manos hacia arriba, parpadea, arquea sus cejas, arruga la cara, abre su boca y deja escapar un sollozo. Mueve su cabeza de derecha a izquierda, los ojos quedan entreabiertos igual que la boca, se le escucha una protesta sin llegar a salir el llanto. En el momento que la madre entra empieza a llorar, ella le dice que «ya va», se le acerca, lo mira, le sonríe, comprueba la hora y comenta que su estómago funciona como un reloj.

La madre lo toma en brazos y calla, le introduce el biberón y el bebé succiona cerrando los ojos, con las manos a la altura de la cabeza. La madre cuenta que Mario **empieza a dormir menos,** que no podía ser que durmiera como antes, hasta once horas seguidas. La madre pregunta al observador si ve a Mario diferente, para seguir sin esperar respuestas diciendo que ella tiene poco tiempo para fijarse en él. Cuando tuvo el primer hijo pasaba muchos ratos mirándolo, pero no con los demás. El pediatra le ha

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

dicho que no deje al bebé mucho tiempo solo, que lo coja y lo tenga en brazos, pero ella no tiene tiempo para hacerlo. La madre mira al bebé y dice que está muy apacible mamando, informa entonces que este niño hace igual que sus otros hijos, que es tocarle la cabeza con la mano izquierda y que le gustaría saber qué es lo que esto significa.

Entra José con gestos de llanto y enfado, la madre le consuela un momento y le dice que ahora no puede darle una galleta, el niño se relaja y se va. Mario sigue chupando con los ojos cerrados, la madre le saca el biberón, él abre los ojos y llora. Se lo vuelve a dar y él continúa tranquilo succionando, ahora con los ojos abiertos. José se entretiene subiendo en un cochecito, con el que sale y entra de la sala. La madre comenta la dificultad que han tenido todos sus hijos para hablar. Marío está a punto de terminar el biberón, la madre afirma que cada día come mejor y se lo retira. Mario abre más los ojos, la madre lo anima, **él se encuentra con la mirada de la madre,** se miran unos segundos, el mueve sus manos en puño, frunce el ceño y empieza a llorar. La madre lo acerca a su cuerpo, mientras le habla, él se va calmando y, con los ojos entreabiertos, apoya su cabeza en el hombro de la madre. Ella lo deja boca abajo sobre la mesa, **levanta su cabeza y queda con su mirada fija en un abrigo rojo** que hay sobre la silla. Entra la madre, aprecia la actitud de Mario y se pregunta qué es lo que el niño estará mirando con tanto interés.

La madre le da la vuelta, lo pone boca arriba, con la mirada hacia atrás y arriba, al quitarle los faldones y gasas queda sin moverse. Vestido, lo pone sentado en la cuna, con la ayuda de un almohadón, **él dirige su mirada al ventanal, por donde entra la luz, agarra el babero con su mano izquierda y hace movimientos con sus labios,** pasa así entretenido unos minutos...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Entra la madre y lo mira, **él parece esbozar una sonrisa,** pero la madre no se da cuenta por estar entretenida en buscar algo por la cuna, Mario deja la boca abierta y la mirada fija en la madre, quien no percibe este contacto y se marcha. Mario dirige la vista al ventanal, agarrándose con sus dos manos al babero, estornuda dos o tres veces, queda quieto y bosteza, arruga la cara y llora. La madre vuelve, le busca la mirada, pero no se la encuentra. Al intentar recostarlo en la cuna envara la espalda, por lo que la madre opina, que quizás le dolerá el estómago y se va. Como continúa llorando, la madre vuelve con el chupete y se lo pone, él lo deja caer en el colchón, la madre insiste y él acepta, chupa y se queda adormilado.

Aunque de una forma tímida, empezamos a apreciar en Mario una cierta respuesta a los estímulos externos. Cuando está en la cuna, mira hacia el foco de luz que entra por la ventana, con el cual se contiene; al entrar la madre la percibe y le presta algún interés. Al marcharse ella, él pasa su mirada por encima del observador y vuelve a ocuparse del foco de luz. Empieza a sentirse intranquilo, pero sólo llora cuando está la madre. No es por tanto una percepción interna, del reloj de su estómago, lo que le hace llorar, si no la necesidad más selectiva de la madre.

El tiene el conocimiento de que el contacto con ella es a través de la alimentación y la acepta bien y chupa tranquilo, él trata de recuperar a la madre a través del biberón y ella nos lo aclara más cuando nos dice, el poco contacto que tiene con los niños y de como el pediatra le aconsejó que no lo dejara solo y que lo tomara en brazos. Como el niño succiona bien, ella se siente más confiada, siendo capaz entonces de informar al observador, de algunas peculiaridades de su hijo, como es el llevarse las manos a la cabeza y su deseo de llegar a saber, qué es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

lo que ello puede significar. Al estar la madre más conectada, puede atender a José sin interferir en su tarea de alimentar a Mario.

Valoramos un cierto paso que da Mario en su percepción, cuando él ha llenado de alguna forma, el agujero vacío del estómago, que es la preocupación esencial de la madre, él puede pasar a abrir los ojos con el biberón en la boca, lo que vendría a ser una posibilidad de conectarse con el mundo externo. La madre nos aclara entonces acerca de las dificultades de lenguaje de sus hijos, como si se acercara a la comprensión de por qué sucede eso; o de otra forma, de como ella no ha encontrado significado en hablarle a los niños y eso a su vez ha dificultado el que ellos le hablen.

Después de la situación de alimentación, él mira por primera vez a la madre y la reconoce y puede saber que no la ha tenido y llora, por eso ella se lo puede acercar al cuerpo y hablarle.

Al ser dejado solo sobre la mesa él necesita volver a buscar un estímulo visual significativo, para contenerse y **se fija en el abrigo rojo,** lo que lleva a que la madre se pregunte entonces, qué estará mirando. Que es tanto como si presumiera que existe un cierto proceso mental en el niño, o como si apreciara inconscientemente que los órganos de los sentidos sirven para conectarse. El se puede fijar ahora en este potente estímulo, porque ha tenido el buen estímulo de la tetina del biberón en sus labios, durante bastante tiempo, junto a los brazos de la madre y él transfiere la función de la boca a los ojos. Lo que significa una **ampliación de los órganos de los sentidos,** para hacerlos más funcionales y no como actividades separadas unas de otras. Así, en la siguiente secuencia cuando queda solo en la cuna, **vuelve a agarrarse con los ojos al**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

foco de luz, mueve sus labios recordando la tetina y **con sus manos agarra el babero.** De esta forma, la funcionalidad oral se amplia a otro instrumento que son las manos y que ahora quedan integradas. Esta funcionalidad de los órganos de los sentidos tiene una finalidad, que es la de relacionarse con el objeto, por eso en el momento siguiente, **él sonríe por primera vez a la madre.** Es decir, él establece un contacto más vinculante y recreativo con la madre a través de la sonrisa, con una significación más rica y relacional.

Es sólo cuando el órgano perceptual queda integrado, que no se sigue el camino patológico. De la integración de los sentidos se siguen también la integración del objeto y es por eso que ante la percepción del objeto total aparece la experiencia de satisfacción y la sonrisa puede ser una muestra de ello. Por el contrario, ante los dolorosos y ciegos estímulos corporales, la vista puede ser utilizada para darle salida, en la forma de penetración voyerista, o del control del objeto. Las desgarradoras sensaciones de hambre, o el vacío, pueden ser vehiculadas a través de la vista, intentando apresar vorazmente al objeto. También se pueden producir fuertes inhibiciones o desconexiones que dificultan el contacto con la realidad.

Pero siguiendo con la pauta manifestada por Mario, podemos decir, que al no responderle la madre con su mirada él se desconecta, y al volver ella e intentarlo, no lo consigue. Al recostarlo en la cuna, él se resiste envarando la espalda y la madre no aceptando el malestar, recurre a la teoría de que debe ser el estómago que le hace mal. Se ayuda del chupete, que él no puede tomar en el primer momento y deja caer. Es como si se hubiera roto el ciclo integrador, en el que al perder la funcionalidad relacional de la mirada, no puede retomarla luego en la boca. Al insistirle la madre él lo toma con la finalidad de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

retirarse al sueño. Podríamos decir que en el último momento los órganos de los sentidos no han trabajado en consensualidad. No obstante, podríamos considerar que un cierto grado de integración se ha logrado y el inicio de una función altamente esperada hará su aparición en la siguiente observación, nos referimos a **la atención,** que de alguna forma ya se ha estado prefigurando.

«En la **observación seis,** el niño tiene **dos meses y once días.** Baja la madre con Mario en brazos por primera vez, para abrir la puerta al observador. La madre comunica que acaba de darle el biberón. El niño está tranquilo y **atento,** la madre mirándole dice que ya sonríe, le musita algunas palabras cariñosas con una sonrisa en los labios y Mario que la está mirando **esboza una sonrisa,** hace un movimiento, **junta sus manos y mantiene la mirada hacia la madre,** quien le llama simpático.»

En este primer trozo de material, la mirada del bebé es atenta, que es tanto como decir que es expresión de un mundo interno cohesionado. **La atención,** según Meltzer (2), **es la fuerza que une a los sentidos en consensualidad,** por eso él junta también sus manos coordinadamente, como muestra de que está integrado, junto, sostenido por la madre y en buena relación con ella, por cuya razón ella le llama simpático, al sentirse animada y revitalizada por él. En la observación anterior, ya habíamos tenido ocasión de ver cómo madre e hijo daban signos de encontrarse más integrados.

En el resto de la observación, con los niños en casa, la madre con mayor flexibilidad puede atender tanto a los otros hermanos como al bebé. Por su parte Mario, aunque sea dejado por la madre, es capaz de articular sus ojos al foco de luz, al igual que lo hiciera con la tetina del bi-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

berón y la boca. Para ocuparse después del entretenido juego de reconocer y contactar con diversas partes de su cuerpo, con una cierta significación simbólica, que fue acompañada de unos primeros intentos de vocalización, o **germen de lo que será posteriormente la palabra.**

En la **observación siete,** Mario tiene **dos meses y dieciocho días,** los hermanos han estado enfermos y la madre sufre un fuerte dolor de espalda, que la imposibilita bastante. Mario vuelve a estar desconectado, **no puede llevarse las manos a la boca,** en su lugar **roza su boca contra la sábana.** Es como si hubiera sufrido una regresión, la actividad de los sentidos es menos organizada y menos articulada; por ejemplo, el entrenamiento de agarrar el babero se hace más persistente y reiterativo, aparece una intensa voracidad, que preocupa a la madre y se desconecta no teniendo la mirada atenta sino perdida. Es como si ahora la comida en el estómago le cegara. La madre comunica un detalle interesante y es que tiene que tener cuidado con José, porque ahora quiere hacer daño a Mario en los ojos. Como si el hermanito se hubiera dado cuenta de la vinculación que la vista significa para Mario, de estar conectado con su madre.

En la **observación ocho,** aparece un síntoma de características más abiertamente psicopatológicas, como la reacción de temor claustrofóbico y persecutorio, con algunas manifestaciones que podrían recordar los precursores de lo que más tarde puede ser una alucinación. Pero que al mismo tiempo lo podemos considerar como una salida de su anterior estado psicopatológico de naturaleza más autística. Aunque esta reacción claustrofóbica es también frecuente en niños con una evolución normal.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Mario tiene **dos meses y veinticinco días** (casi tres meses). Baja a abrir la madre con Mario en brazos, tiene su mirada al frente fijándola en diferentes puntos, su mano derecha agarra el babero. Entramos en el ascensor e inmediatamente Mario comienza a llorar, mantiene entreabiertos los ojos, la madre le habla, lo acerca a su cuerpo, lo intenta calmar, pero el sigue con su llanto continuado, agarrándose con fuerza al babero. Al salir del ascensor Mario deja de llorar y, con la mirada al frente, se agarra al babero. La madre va a buscar el biberón con él en brazos y vuelve, lo recuesta sobre su brazo izquierdo, le llama llorón y le introduce el biberón. La madre aclara que no es que llore tanto, es que antes no lloraba nunca. El observador permanece sentado enfrente y Mario dirige su **mirada de reojo** hacia el observador y luego a la madre; ella le pregunta que a quién mira. Mario vuelve a poner sus ojos al frente, sigue con su mano agarrada al babero la madre hace fijar al observador de qué manera el bebé coge el babero y si ella se ha dado cuenta. Mario succiona sonoramente, con avidez, permaneciendo muy quieto, la madre comenta los ruidos que hace al chupar. El bebé, con la mirada al frente, prorrumpe en llanto, la madre lo sienta sobre la falda pero tampoco se tranquiliza, le habla, le toca las mejillas, sólo después de mucho rato de colocarlo muy estrechamente sobre su cuerpo se empieza a tranquilizar.

La madre decide cambiarle los pañales, lo deja sobre la mesa, con sus manos agarra el babero y se lo pone cerca de la boca y lo roza. Vuelve la madre, lo cambia y cuando termina, le busca la cara que él tiene medio tapada con el babero, le retira el babero, le toca la mejilla con su dedo. Mario permanece atento a la madre, ella se lo acerca, lo besa y lo incita a que hable. Ella insiste con el «ajo», él esboza una sonrisa y ante el nuevo «a» de la madre, él contesta con «jooo», tras unos segundos ella se va. El dirige la mirada hacia donde se fue la madre, después hacia el observador sin mirarle a la cara y permaneciendo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

quieto, agarra el babero con sus dos manos, pasa la mirada al centro, hace muecas con su cara y sonidos de queja que se hacen llanto, acerca el babero a su boca y continúa el llanto. En el resto de la observación se aprecia la pauta que cuando viene la madre él se calma un poco, pero al marcharse ella vuelve a quedar asustado y babeando, o sacando algo de leche y ocupado en agarrarse al babero.

En un primer momento, cuando entra en el ascensor, él sufre por primera vez una aguda ansiedad al parecer de naturaleza claustrofóbica. ¿Podríamos considerar esta ansiedad claustrofóbica aquí, como un equivalente de sus antiguas sensaciones dolorosas, con las que se sentía atemorizado, que ahora a través de la vista puede proyectar fuera y que al entrar en el ascensor se le impide desarrollar esta defensa? Por otra parte el espacio se le hace más persecutorio con la presencia del observador, de quien sospecha y a quien mira de reojo mientras mama, o lo evita cuando se queda solo, mostrando un excesivo apego al babero.

Resumen.

Se describen varias manifestaciones que hemos visto en el bebé Mario, las cuales pueden ser consideradas como un trastorno básico en la atención y en la posibilidad de conectar y coordinar los diversos órganos de los sentidos, debido probablemente a que ha habido una dificultad en el establecimiento de unas relaciones con su madre y entorno.

Nos parece que los trastornos pudieron ser superados

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

en el transcurso del primer año, gracias a que la madre fue adquiriendo una mayor capacidad de «reverie» con el estímulo y la contención que le supuso la observación y la presencia asidua del observador.

No obstante, **un cierto déficit en estas cuestiones, con el consiguiente dolor sufrido por tales experiencias, nos parecen que son indicios de riesgo, que un trauma severo posterior podría desenterrar y poner en activo, o en el mejor de los casos, irá a formar parte de la caracterología de Mario.** En otros momentos de la observación, a los ocho, diez o doce meses, tuvimos ocasión de ver reminiscencias de estos primitivos desajustes, que se traducían en conductas adhesivas de parte de Mario.

BIBLIOGRAFIA

1. Bion W.: **Elementos de Psicoanálisis.** Buenos Aires, Paidos, 1966.
2. Meltzer D.: **Exploraciones en autismo.** Buenos Aires, Paidos, 1979.
3. Pérez-Sánchez M.: **Observación de bebés.** Barcelona, Paidos, 1981.
4. Pérez-Sánchez M.: **Observación de niños.** Barcelona, Paidos, 1980.
5. Roseneld H.: **Estados Psicóticos.** Buenos Aires, Paidos, 1974.
6. Tustin F.: **Autistic Barriers in Neurotic Patients.** Londres Karnac Books, 1986.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

«EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA EN MENORES INADAPTADOS. ANALISIS Y VALORACION DIAGNOSTICA

Por Alicia MANCHON
Micaela ILLAN
Miriam GALIAN MUÑOZ
Gracia RODRIGUEZ DAIMIEL (*)

El presente trabajo se ha realizado en un marco institucional peculiar: el Centro de Investigación y Psicoterapia del Menor, por lo que consideramos necesario realizar una breve descripción del ámbito institucional en el que este estudio se ha desarrollado.

El Centro de Investigación y Psicoterapia del Menor depende de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor, inscrita en el Ministerio de Justicia. Esta dependencia del Ministerio de Justicia va a dotar a nuestro Centro de unas características peculiares, que a continuación describiremos.

Atendemos a una población formada por niños y niñas de 0 a 18 años, tutelados por el Estado a través del Tribunal Tutelar de Menores o bien a través de las Comunidades Autónomas. La tutela del Estado se origina por situaciones llamadas de Reforma o Protección.

El equipo del Centro está formado por 3 psiquiatras y 4 psicólogos, de orientación psicoanalítica.

(*) Psicólogos clínicos del Centro de Investigación y Psicoterapia del Menor. Madrid.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Cuando un menor es derivado a nuestro Centro, se realizan una serie de entrevistas diagnósticas durante las cuales se utilizan pruebas proyectivas que incluyen test gráficos. Tras realizar una primera evaluación del caso, se designa en un Grupo de Indicaciones a la persona indicada para realizar el tratamiento. Por lo general éste consiste en una terapia de inspiración analítica, de tipo individual, con una periodicidad semanal, ya que las condiciones del medio no permiten una frecuencia mayor, aunque en casos excepcionales se plantean dos sesiones semanales.

Desde un punto de vista psicopatológico, podríamos caracterizar a nuestra población como un grupo condicionado fundamentalmente por experiencias tempranas de abandono en su medio socio-familiar, cuyas repercusiones psíquicas han generado un déficit grave, profundo y primario en el desarrollo de su personalidad y que podríamos denominar de un modo genérico como «Personalidades Abandónicas».

Los aspectos internos abandónicos, los hemos agrupado en 3 grandes síndromes, según se manifiestan a nuestra observación clínica:

A) Depresiones severas de índole «anaclítica».

B) Estados límites narcisistas (caracteriales y psicopáticas).

C) Personalidades psicóticas.

Generalmente los niños pertenecientes al primer grupo, son derivados a nuestro Centro a causa de su fracaso escolar, debido a las graves inhibiciones y bloques (16 % de las peticiones de consulta).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Los niños pertenecientes al grupo de estados límites narcisistas, suelen ser remitidas a causa de sus alteraciones de conducta, generalmente robos, hurtos, fugas del domicilio y/o de la escuela, agresividad manifiesta, alteraciones de la conducta sexual, homicidios, parricidios, violación, etc. (62 % de las peticiones de consulta).

Los niños con personalidades psicóticas son enviados por la extrañeza que causan sus conductas bizarras, aislamiento, mutismo, ideas delirantes (5 % de las peticiones de consulta).

A través de nuestra experiencia clínica de 3 años y del material gráfico recogido en las primeras entrevistas diagnósticas, nos planteamos realizar un análisis de este material, con el fin de comprobar si la población atendida en nuestro Centro, presentaba o no características diferenciales, para lo cual escogimos concretamente el DFH por ser el test gráfico más utilizado y estudiado con fines diagnósticos.

Se recogieron un total de 80 dibujos, realizados por los niños y adolescentes durante su evaluación diagnóstica, desechándose aquéllos realizados espontáneamente y los efectuados durante las sesiones de psicoterapia, para conseguir de este modo una unificación de los criterios de selección de la muestra.

El procedimiento de obtención fue el siguiente:

Durante la etapa de evaluación diagnóstica, los miembros del equipo del Centro ofrecieron a los niños papel blanco tamaño folio, un lápiz graso y una goma de borrar. En la mesa, a su alcance, había además lápices de colores.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Tras el contacto inicial y la explicación del motivo de consulta, se ofreció a los niños y adolescentes la siguiente consigna:

> «Quiero que dibujes en esta hoja una persona entera. Puede ser cualquier clase de persona, siempre que sea completa y no un monigote.»

No hay tiempo límite para la realización de la prueba.

El niño puede borrar y rectificar su dibujo tantas veces como quiera, hasta que lo considere terminado.

Se elaboró una hoja de toma de datos en la que constan los siguientes aspectos:

— Número de código.

— Sexo.

— Edad.

— C. I. equivalente, obtenido a partir del punteaje del DFH.

— Número de indicadores emocionales.

— Indicadores emocionales clasificados del 1 al 30, según la clasificación y descripción de Koppitz.

— Otros indicadores:

Bajo este apartado están reunidos aquellos aspectos inusuales del dibujo que se han dado en nuestra muestra y que no se hallan incluidos en la clasificación propuesta por Koppitz, con el fin de determinar si presentan alguna validez diagnóstica.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Se clasificaron con un número de código del 1' al 20' y son los siguientes:

1'	Omisión de pelo	11'	Cuello largo
2'	Orejas	12'	Perfil
3'	Brazos horizontales	13'	Manos en garra
4'	Dibujo en color	14'	Sólo cabeza
5'	Botones	15'	Manos en muñón
6'	Trazo esquiciado	16'	Figura rígida
7'	Ojos vacíos	17'	Ropa hasta los pies
8'	Dos o más intentos	18'	Cabeza abierta
9'	Remiendo o agujeros	19'	Cabeza hendida
10'	Repaso del trazo	20'	Monigote

Rendimiento escolar. Se clasificó en tres categorías:

N = NORMAL, con un curso de retraso.

B = BUENO, en su curso.

M = MALO, más de dos años de retraso escolar, en educación compensatoria o no escolarizado.

Se realizó un diagnóstico provisional de los niños y adolescentes de la muestra cuando esto fue posible.

Asimismo se recogieron los datos correspondientes al motivo de consulta, los antecedentes familiares psiquiátricos, la situación familiar y los principales síntomas de los sujetos de la muestra, con el fin de clasificarlos en categorías o subgrupos que permitiesen realizar el estudio de los factores comunes y específicos de las distintas categorías.

Se aplicó el método de calificación de Koppitz para evaluar la madurez mental por medio del dibujo de la figura humana a los niños de nuestra muestra hasta los 12 años inclusive.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

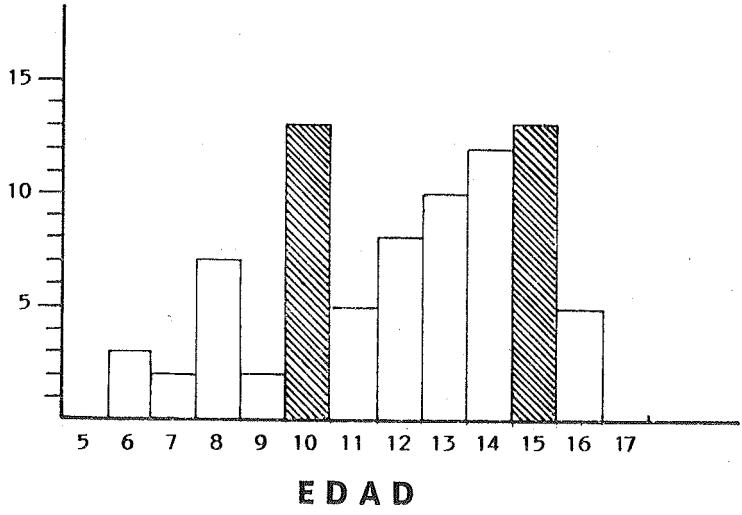
A partir de esa edad se empleó el método de calificación empleado por Goodenough.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 80 dibujos de la figura humana (DFH).

De éstos, 55 (69 %) estaban realizados por varones y 25 (31 %) por mujeres.

Estas proporciones coinciden con las diferencias apreciadas en nuestro Centro entre la proporción de varones y mujeres atendidos en nuestras consultas: 70 por 100 de varones y 30 por 100 de mujeres.



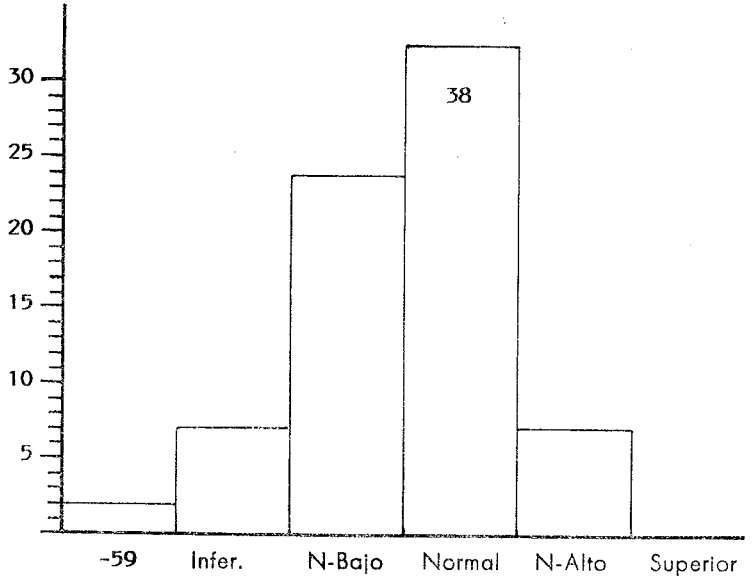
La distribución por edades muestra la presencia de dos picos de máxima frecuencia, que aparecen en los 10 y 15 años (frecuencia de 13).

C.I. EQUIVALENTE

Como ya expusimos anteriormente, el sistema de Koppitz permite obtener, a partir de la puntuación del DFH. una estimación aproximativa del C.I. correspondiente.

La autora encontró que las puntuaciones del DFH, correlacionaban significativamente con los C.I. obtenidos mediante la aplicación del WISC o la escala de Stanford-Binet, por lo que considero al DFH como un instrumento válido para detectar aproximadamente la madurez mental de los niños.

A partir de las puntuaciones obtenidas en el DFH, se obtuvieron los siguientes C.I. EQUIVALENTES.



NIVEL DE C. I. EQUIVALENTE

En el gráfico vemos que el 58 % de los sujetos de nuestra muestra tienen C.I. equivalentes que sitúan su nivel

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

intelectual dentro del intervalo considerado entre lo Normal y lo Normal-Alto (C.I. equivalente de 80 a 120).

El 28 % se sitúa dentro del intervalo de lo Normal-Bajo. (C.I. equivalente de 70 a 90).

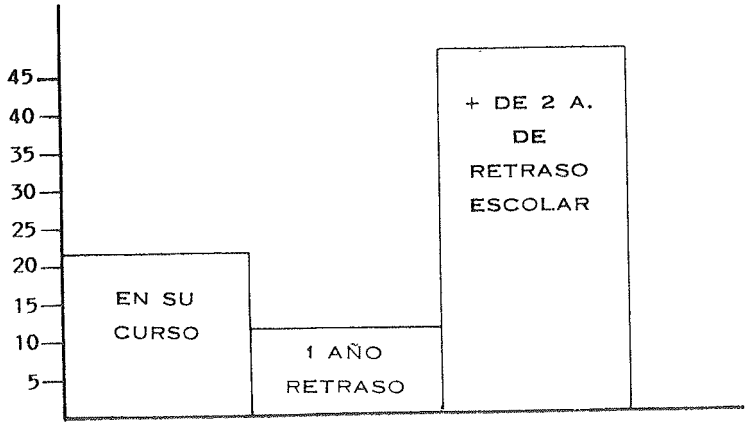
El 6 % está dentro de la categoría considerada como borderline: C.I. equivalente de 60 a 80.

El 7 % tiene un nivel correspondiente al considerado como Deficiente: C.I. equivalente menor de 60.

Sólo un 1 % tiene un C.I. equivalente considerado como superior: C.1. mayor de 120.

RENDIMIENTO ESCOLAR

Los resultados anteriormente descritos contrastan con lo distribución de los sujetos de nuestra muestra según su rendimiento escolar.



© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Así, mientras el 58 % de los sujetos tenía un buen nivel intelectual, sólo un 41,25 % obtenía resultados escolares que hacían situar su rendimiento académico en un nivel normal (en su curso o con un año de retraso) o bueno (en su curso con buenas calificaciones).

Llama la atención el dato de que un 58,75 % de los sujetos de nuestra muestra están situados en el grupo de mal rendimiento escolar (dos o más años de retraso o sin escolarizar).

Parece que las dificultades escolares de los niños de nuestro grupo, son debidas a causas no relacionadas con el nivel intelectual en forma directa.

Los niños estudiados por nosotros presentan como grupor el llamado *síndrome de inhibición intelectual,* causado por una serie de factores psicológicos y ambientales, algunos de los cuales estudiaremos posteriormente con mayor atención.

NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES

En el estudio realizado por Koppitz se vio que no es frecuente que aparezcan indicadores emocionales en los dibujos de los niños normales: el 75 % de los dibujos de su muestra de niños normales no presentaban ninguno de los 30 indicadores emocionales.

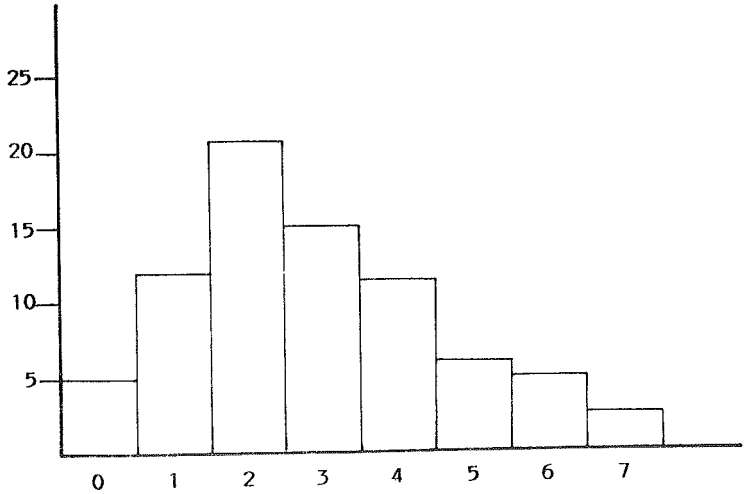
Koppitz afirma que «cuando un DFH no muestra ninguno de los 30 indicadores emocionales, parece probable que el niño no tenga problemas emocionales serios.

La presencia de sólo **un** indicador emocional no parece ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Dos o más indicadores emocionales son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias.

Los resultados obtenidos en la población estudiada son los siguientes:



N.° DE INDICADORES EMOCIONALES

Si tenemos en cuenta que como expusimos anteriormente dos o más indicadores emocionales se consideran ya índices de patología, vemos que es realmente llamativa la alta proporción de sujetos que presentan dos y más indicadores emocionales: el 78,75 % de la población que forma nuestra muestra, realizan un DFH con dos o más indicadores emocionales.

Sólo un 20,65 % de los dibujos presenta uno o ninguno de los 30 indicadores emocionales.

Nuestra muestra invierte los términos proporcionales de la población normal, ya que en ésta el 75 % de los suje-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

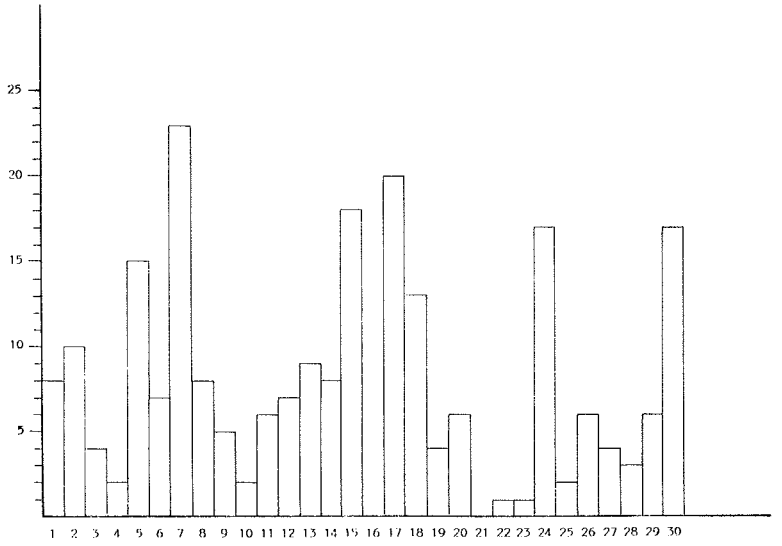
tos dibujan uno o ningún indicador emocional, y el 25 % restante dibuja dos o más.

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por Koppitz en una muestra de 76 niños pacientes de una clínica de orientación infantil: el 73 % de dichos sujetos presentaba dos o más indicadores emocionales en sus dibujos, frente a un 23 % que presentaban uno o ninguno.

Hay que destacar que algunos dibujos presentaban simultáneamente 7 indicadores emocionales (frecuencia: 3), lo que da un índice de la intensidad de la perturbación emocional que afectaba a dichos sujetos.

Ninguno de los niños normales de la muestra de Koppitz presentó más de 3 indicadores emocionales.

FRECUENCIA DE APARICION DE LOS TREINTA INDICADORES EMOCIONALES



FRECUENCIA DE INDICADORES EMOCIONALES

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Los indicadores emocionales más frecuentes, agrupados de mayor a menor, son los siguientes:

1.° Figura pequeña (23 casos).
2.° Manos omitidas (20 casos).
3.° Brazos pegados al cuerpo (18 casos).
4.° Omisión cuello y omisión de la nariz (ambos 17 casos).
5.° Asimetría grosera de las extremidades (15 casos).
6.° Piernas juntas (13 casos).

Se han tenido en cuenta exclusivamente aquellos indicadores que se daban en más de un 15 % de los sujetos de la muestra, considerándose los demás como no significativos en esta población.

La interpretación que da Koppitzz a cada uno de estos items es la siguiente:

1.° **Figura pequeña.**

La autora encontró raramente este item en los dibujos de niños manifiestamente agresivos. Nosotros sin embargo lo encontramos también en los dibujos de los niños manifiestamente agresivos.

Este item parece reflejar extrema inseguridad, retraimiento y depresión. Según la autora puede asumirse con bastante seguridad, que los niños que hacen estos dibujos son tímidos, retraídos y probablemente deprimidos.

Estos resultados coinciden con los de Machover, Jones, Levy y Lewison, en el sentido de que tales dibujos reflejan sobre todo **depresión.** Nuestro estudio confirma dichos resultados.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

2.° **Manos omitidas.**

Este indicador parece relacionado con un sentimiento de baja autoestima y aparece según Koppitz, en niños que roban.

Machover encontró que este item indica sentimientos de culpa, por robos o por mal rendimiento escolar y también ansiedad de castración, culpa, ansiedad y baja autoestima.

3.° **Brazos pegados al cuerpo.**

Este indicador parece reflejar un control interno rígido y dificultad para conectarse con los demás.

En la muestra de Koppitz fue altamente infrecuente, se dio casi exclusivamente en su grupo de pacientes clínicos.

Machover lo considera como un signo de patología severa y un intento de protegerse de los ataques del ambiente propios de paranoides.

4.° **Omisión del cuello.**

Refleja inmadurez, impulsividad, pobre control interno. Machover lo relaciona con falta de control racional y pobre coordinación entre los impulsos y la conducta.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

5.° **Omisión de la nariz.**

Koppitz lo relaciona con inseguridad, retraimiento, sentimientos de indefensión e incapacidad de progresar. No lo encontró en sujetos con agresividad manifiesta, pero en ocasiones estaba relacionado con angustia por el cuerpo y culpa por la masturbación.

6.° **Asimetría grosera de las extremidades.**

Está asociado con coordinación pobre e impulsividad.

Machover postuló que este item reflejaba falta de coordinación, torpeza física, inadecuación física o confusión de la dominancia lateral. Se encontró más frecuentemente en pacientes con antecedentes de disfunción neurológica o con signos de organicidad.

Items que no aparecen.

Para nuestra sorpresa no se dieron en nuestra muestra ningún dibujo que presentara el indicador emocional *manos grandes.* Koppitz relaciona este item con la agresividad, bien manifiesta directamente o expresada a través del robo.

Dado que un porcentaje alto de las consultas de nuestro Centro son debidas a agresividad manifiesta o a robos (36 %), es llamativo que este item no aparezca en ninguno de los dibujos de nuestra muestra.

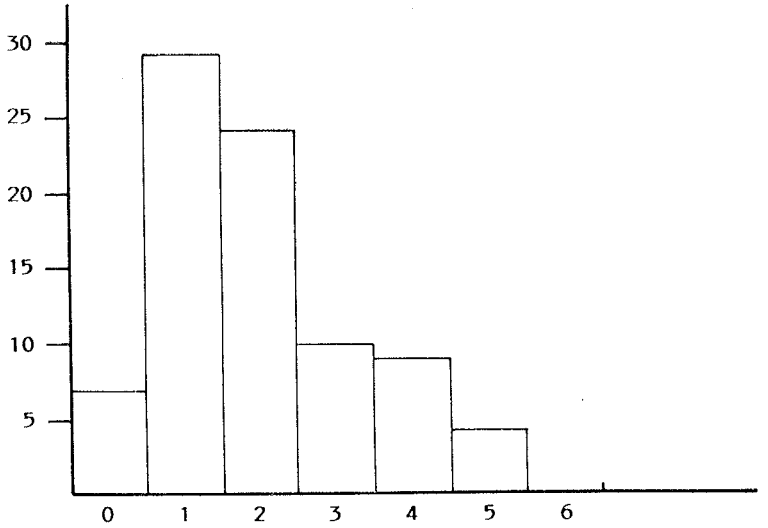
No todos los niños agresivos o que roban dibujan ma-

nos grandes. Los items relacionados con la agresividad y el robo en nuestra muestra, se estudiarán posteriormente.

El dibujo espontáneo de dos o más figuras que esté asociado a los dibujos de niños con familias grandes y con privación cultural, no se dio en ninguno de los dibupos de nuestra muestra, a pesar de que el 44 % son de familia numerosa y una alta proporción reside en Instituciones (53 %) y sólo un 12 % de los familiares de los menores, tenían estudios o cuolificaciones profesionales de tipo medio.

Aparición de otros indicadores.

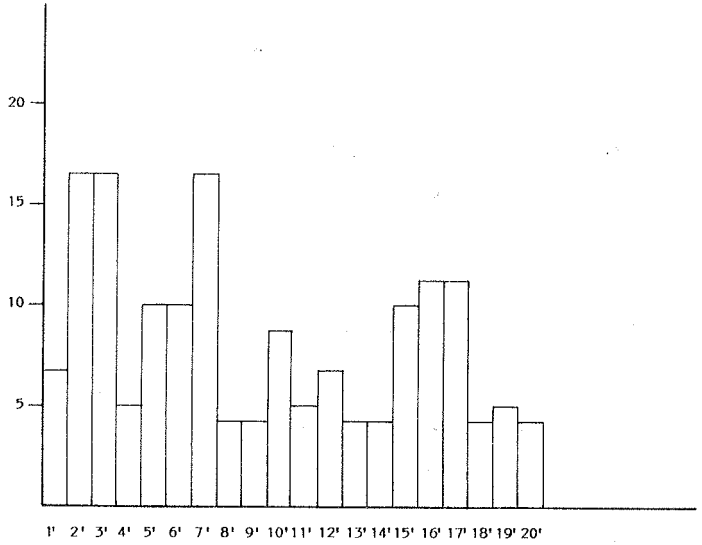
Como ya señalamos, además de los 30 indicadores emocionales estudiados por Koppitz, incluimos una serie de aspectos de los dibujos que nos parecieron, bien que se daban frecuentemente en nuestra muestra, o eran asción especial.



FRECUENCIA DE OTROS INDICADORES

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

Como puede apreciarse, 73 sujetos, el 91 % de nuestro grupo, presentaban uno o más de los indicadores emocionales adicionales.



FRECUENCIA DE INDICADORES ADICIONALES

Los indicadores con mayor frecuencia de aparición son los siguientes:

2': Orejas.

3': Brazos horizontales.

7': Ojos vacíos.

Los ojos vacíos han sido asociados con inmadurez emocional, egocentrismo, dependencia, falta de discriminación y depresión.

Por otra parte, era un item bastante frecuente en la

muestra de Koppitz, que considera que los niños son normalmente inmaduros, egocéntricos y dependientes.

La acentuación de las orejas parece relacionada con sentimientos de suspicacia, recelo y desconfianza frente a los demás.

En la población clínica la acentuación de las orejas se daba en pacientes paranoides.

Los brazos horizontales parecen estar relacionados con el sentimiento de abandono y falta de cuidados maternos en la primera infancia (ausencia de holding).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, ponen de manifiesto que el Dibujo de la Figura Humana es un útil instrumento diagnóstico.

Mediante los aspectos reflejados en los dibujos, podemos definir nuestra muestra como una población de niños muy deprimidos, inseguros, con grandes dificultades de relación y contacto con los demás, más inmaduros de lo esperable en su grupo de edad, con una escasa coordinación psicomotora, muy suspicaces y a la defensiva y ejerciendo un control muy rígido, pero ineficaz sobre los impulsos.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

BOLETIN DE SUSCRIPCION

D. .....

CON DOMICILIO EN C/. ..... N.° .....

POBLACION ..... C. P. .....

DESEA SUSCRIBIRSE A **«CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL».**

DURANTE EL AÑO 1987 (N.° 3 y 4).

ADJUNTA TALON NOMINATIVO, A NOMBRE DE **«SEPYPNA»**, POR EL IMPORTE de // 2.400,—// PTAS.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4