Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Aduriz Ugarte, Sabin

Almeida González, Carmen

Delgado Campos, Rafael

Estévez Gutiérrez, Ana

Gutiérrez López, Mª Luisa

Janin, Beatriz

Martín Gómez, Catalina

Ortiz Soto, Paloma

Puertas Tejedor, Pilar

Redondo Rodríguez, Iratxe

N.º 53

1º semestre

2012

ISSN: 1575-5967

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** *es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

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

CONSEJO DIRECCIÓN

Director: Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)
Directora Adjunta: Ainara González Villanueva (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Ángeles Torner Hernandez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
Mª Luisa Castillo Asociación Psicoanálitica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Juan Larbán (Ibiza) ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del Pais Vasco (Bilbao)
ulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

La obesidad infantil: una forma de manifestación del malestar en la cultura
Catalina Martín Gómez y Paloma Ortiz Soto 9

Estudio de la relación entre la "imagen de sí" de niños y adolescentes que acudieron a tratamiento a una unidad de salud mental infanto-juvenil y la "imagen de sí" de sus padres
Mª Luisa Gutiérrez López y Carmen Almeida González 23

Alianza y apertura del proceso terapéutico en una niña de tres años testigo de violencia interparental. el trabajo en un centro de atención a la infancia
Rafael Delgado Campos 33

La violencia del padre y su repercusión en el hijo adolescente
Sabin Aduriz Ugarte 41

Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños
Beatriz Janin 49

La analidad: frontera evolutiva
Pilar Puertas Tejedor 57

El dibujo del niño psicótico en las etapas evolutivas del modelo de Lowenfeld
Iratxe Redondo Rodríguez y Ana Estévez Gutiérrez 69

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
Depósito Legal: BI-1.383-95 / ISSN: 1575-5967
Periodicidad: semestral
Suscripción anual: 60 €
Precio por ejemplar: 35 €

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. http://www.psicodoc.org/acerca.htm
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e

Sistema de selección de los originales:

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidente-tesorera	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Teruer Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Child obesity: an expression of civilization and its discontents
Catalina Martín Gómez y Paloma Ortiz Soto 9

Study of the relationship between "self" of the childrem and adolescents who attende treatment at children and youth mental health unit and "self"of their parents
Mª Luisa Gutiérrez López y Carmen Almeida González 23

Alliance and opening of the therapeutic process in a three years old child wich was witnessed interparental violence. Work in a care center for children
Rafael Delgado Campos 33

How the father's violence influences his teenage son
Sabin Aduriz Ugarte 41

Psychoanalysts' interventions in child psychoanalysis
Beatriz Janin 49

Anality: evolutionary border
Pilar Puertas Tejedor 57

Drawing of psychotic child in the developmental stages of Lowenfeld's model
Iratxe Redondo Rodríguez y Ana Estévez Gutiérrez 69

LA OBESIDAD INFANTIL: UNA FORMA DE MANIFESTACIÓN DEL MALESTAR EN LA CULTURA

CHILD OBESITY: AN EXPRESSION OF CIVILIZATION AND ITS DISCONTENTS

Catalina Martín Gómez*y Paloma Ortiz Soto**

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y adolescencia y constituye un creciente problema de salud pública. Tradicionalmente el tratamiento de la obesidad se fundamenta en la dieta y el ejercicio físico. Sin embargo, este enfoque es excesivamente reduccionista, ya que los aspectos psicológicos y socio-familiares, que juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, no son por lo común considerados en el tratamiento.

En este trabajo pretendemos reflexionar sobre los factores psicosociales relacionados con el inicio y el mantenimiento de la obesidad en niños y adolescentes con el fin de proponer intervenciones terapéuticas eficaces. Partiremos de tres interrogantes: 1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?; 2-¿Cómo incide y se articula lo sociocultural con lo psicológico?; 3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una demanda de tratamiento verdadera que haga posible una intervención eficaz?.

PALABRAS CLAVE: obesidad infantil, intervención, salud mental.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, complex and multicausal disease that usually starts during childhood or adolescence. Nowadays it is a mayor public health problem. Obesity management is traditionally based on diet and exercise. However, this might be a reductionist approach since psychological, family and social aspects, that play an important role in the onset and maintenance of obesity, are usually forgotten in the treatment.

In order to suggest potential therapeutic interventions, this paper try to reflect on psychosocial factors related with the onset and maintenance of obesity in children and adolescents. We try to find the answer to the following three questions: 1) Which are the psychosocial factors related to obesity in childhood? 2) Which is the sociocultural factors impact and how are they related to psychological factors? 3) What kind of intervention strategy should be used in order to elicit a real request for treatment leading to an effective intervention?

KEY WORDS: Obesity, childhood, mental health, intervention.

* Psiquiatra. Coordinadora del Hospital de día de adolescentes. Hospital de día de adolescentes-Centro educativo "Vallecas". C/ Rafael Fernández Hijicos nº 28. 28033 Madrid. Dirección postal: c/ Delicias nº 28; portal B; 1º A. 28045 Madrid. Teléfono: 690354180; 915277520. Correo electrónico: catimiguel@yahoo.es.

** Psiquiatra. Coordinadora del Programa Infanto- Juvenil. Centro de Salud Mental de Retiro. Centro de Salud Mental de Retiro. C/ Lope de Rueda nº43. 28009. Dirección postal: c/ Chaparro 38. Torrelodones. 28250 Madrid. Teléfono: 610930794 Correo electrónico: portizsoto@hotmail.com.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y adolescencia; su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas hasta convertirse en un importante problema de salud pública.

En España existen pocos estudios representativos sobre la frecuencia de la obesidad en la población infanto-juvenil. El estudio enKid diseñado para valorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infanto-juvenil española estima con cierta validez la prevalencia de la obesidad en dicha población. Dicho estudio se realizó sobre una muestra representativa de la población española de 2 a 24 años en el periodo 1998-2000, y obtuvo prevalencias del 13,9% de obesidad y del 26,3% de sobrepeso y obesidad; ambos valores fueron mayores en varones que en mujeres. Respecto a la distribución por edad, los niños de 6 a 13 años son los que presentaron mayores prevalencias (Serra, Ribas, Aranceta y cols., 2003). Según el National Center for Health Statistics (1997) la obesidad en la infancia, sobre todo después de los 10 años, es un importante predictor de la obesidad en el adulto.

Desde una perspectiva psicosocial podemos pensar en la obesidad como un síntoma de nuestro tiempo estrechamente relacionado con el excedente de alimentos, los hábitos sedentarios y el consumismo propio de los países "desarrollados" que incluye también a los alimentos entre los bienes de consumo.

Tradicionalmente los pilares básicos del tratamiento la obesidad son la dieta y el ejercicio físico, basados en que los factores que causan la obesidad son la ingesta excesiva de calorías y los patrones de vida sedentaria. Desde nuestro punto de vista, este es un enfoque excesivamente reduccionista, ya que en la obesidad hay que considerar otras variables que influyen tanto en el inicio como en su mantenimiento y cronicidad. No se trata de negar la evidencia de la necesidad de aumentar el ejercicio físico y disminuir la ingesta si se pretende perder peso, pero para que la reducción del peso se mantenga en el tiempo es necesario prestar atención a otros aspectos como son los psicológicos y socio-familiares. Dichos aspectos juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y sin embargo en los enfoques de tratamiento actuales quedan por lo común, descuidados. Generalmente los abordajes terapéuticos propuestos, consisten en intervenciones a nivel nutricional y psicoeducativo con planificación de programas para facilitar información a los pacientes y familiares sobre hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico, pero hay una alta tasa de abandonos y las recaídas durante la etapa de mantenimiento son la norma.

Por otra parte, una de las mayores dificultades para el abordaje de estos pacientes es la ausencia de una "demanda real" de tratamiento (Schmit, 1990). Los pacientes y sus familias piden ayuda médica muchas veces a instancias de un tercero que suele ser el pediatra alarmado ante el sobrepeso del niño, pero no suelen comprometerse con en el tratamiento o lo hacen con disgusto.

Desde la perspectiva de salud mental en la relación con estos pacientes se nos plantean algunas cuestiones éticas y técnicas: ¿Se debe plantear una intervención desde salud mental?, ¿En qué casos?, ¿Cual es el tipo de intervención más adecuada y en qué momento de la intervención médica/ somática debe proponerse?

En este trabajo pretendemos reflexionar sobre los mecanismos de funcionamiento psicológico y los factores sociales y familiares relacionados con el inicio y el mantenimiento de la obesidad en niños y adolescentes, con el fin de proponer intervenciones terapéuticas eficaces.

Consideraciones iniciales

Partimos de tres interrogantes:

1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?

2-¿Cómo incide y se articula lo sociocultural con lo psicológico?

3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una verdadera demanda de tratamiento que haga posible una intervención eficaz?

1-¿Qué factores psicosociales se relacionan con la obesidad infantil?

1.A- Factores individuales

En la génesis de la obesidad están implicados factores individuales que pueden actuar bien directamente o bien modificando las conductas alimentarias.

A.1-Relaciones tempranas

La alimentación no puede considerarse como una mera

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

forma de cubrir la necesidad sino que representa un área de intercambios privilegiada en donde se enfrentan la solicitación activa del lactante a su madre y la respuesta proporcionada por ella en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por su propia problemática inconsciente.

Vicente (2005) describe la significación del diálogo corporal entre la madre y el bebé en la adquisición de una identidad psíquica: "La adquisición de una identidad corporal es la base para el establecimiento de una identidad psíquica. Se construye y se organiza en relación con un "otro" que ocupa para el niño un lugar privilegiado (...). El niño necesita del tacto, del contacto, de la voz, la mirada de ese "otro" para sentirse, para ir percibiendo y construyendo su cuerpo." Desde la perspectiva materna sabemos que el niño y sobre todo sus manifestaciones sintomáticas, juegan un papel dentro de la economía psíquica de la madre, permitiéndole reencontrar y recuperar un objeto perdido cuyo luto es todavía conflictivo. (Manzano, 2001).

La dificultad que tiene el obeso para identificar sus sensaciones no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que le embargan (Bruch, 1957) tendría su origen en el contexto de los intercambios entre la madre y el niño. La respuesta estereotipada de la madre suministrando alimento ante cualquier manifestación emocional del niño, le impedirá distinguir el hambre de otras sensaciones internas y le llevará mas tarde a calmar cualquier sensación con comida.

El hecho de satisfacer inmediatamente la necesidad incluso antes de que el deseo haya sido elaborado afecta a dimensiones importantes del desarrollo del niño y es más grave cuando el alimento sustituye a sentimientos que la madre no puede expresar de otro modo.

Doltó (1986) señala que la madre es quién por medio de la palabra, hablándole a su hijo de lo que este querría pero que ella no le da, le mediatiza la ausencia de un objeto, al tiempo que reconoce como válido este deseo cuya satisfacción es negada,. La madre de un niño obeso tendría dificultades para asumir sus límites o fallas en relación a su hijo y ofrecería alimento para cubrirlas.

Queremos señalar como palabras y alimento pueden venir a calmar la insatisfacción del niño de modos muy distintos; si la madre acepta no saber "todo" sobre lo que necesita su hijo le ofrecerá compañía, palabras, canciones, caricias… o por el contrario, puede pensar que lo único que le ocurre es que tiene hambre y confundir la necesidad con el deseo donde la comida puede sustituir a sentimientos. Una relación de incompatibilidad entre la palabra y la comida puede advertirse en las expresiones coloquiales "come y calla" o "no se habla con la boca llena".

Las fallas en la función materna tanto respecto a la incapacidad para ajustarse con constancia a las necesidades corporales del niño, como a nivel del investimento motriz, podrían conducir a graves trastornos de la representación de la imagen del cuerpo, de los límites corporales en relación con el otro, y por tanto del sentido de identidad, trastornos que a veces permanecen latentes, antes de convertirse en lugar privilegiado de conflictos más tardíos.

A.2-Perspectiva pulsional

Desde una perspectiva pulsional y siguiendo a Freud, A. (1968) en el desarrollo normal, el niño ha de pasar por diferentes etapas hasta alcanzar la regulación de un modo activo y racional de la alimentación, de acuerdo con las propias necesidades y apetito y de manera independiente de sus relaciones con la persona que lo alimenta y de sus fantasías. Sin embargo, las fijaciones y regresiones a modalidades de la oralidad primitiva marcan las líneas de fuerza fundamentales en el desarrollo posterior de la personalidad. De este modo, la sensación de hambre y por extensión, de cualquier frustración, pueden re-editar la herida narcisista asociada a la dependencia total de los estadios precoces y provocar vivencias angustiosas de separación y rechazo. En algunos casos, las gratificaciones orales tratan de "llenar" el vacío objetal negando así la dependencia del otro.

El conflicto edípico suscita a menudo movimientos regresivos que privilegian los modos de satisfacción mas investidos en el pasado. Las satisfacciones orales, al conllevar menos prohibiciones o limitaciones que la mayoría de los otros objetivos pulsionales representan un goce menos conflictivo, mediante el cual, además, puede imaginarse que satisfacen a su madre. La obesidad le sirve al niño para ocultar sus deseos edípicos demostrando que no se interesa más que por los alimentos. El niño, enfrenta en parte la problemática edípica empleando la negación en vez de la represión lo que puede derivar en dificultades posteriores en el aprendizaje y en la identificación sexual. Los alimentos pueden adquirir un significado fálico y asociarse a la adquisición de poder, que al ser la madre quien lo dispensa, se torna inofen-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

sivo. La hiperfagia sirve también como modo privilegiado de expresión de las pulsiones agresivas, que por otra parte se hallan cuidadosamente controladas, por lo menos en lo que se refiere a imágenes parentales.

En la adolescencia, si prevalece una problemática oral podrán aparecer episodios bulímicos o anorexia mental. Otros niños pasarán sin cambio notable de una obesidad infantil a una obesidad adolescente.

Según Schmit (1990), los trastornos de la identidad en la obesidad pueden situarse a niveles muy distintos: en algunos adolescentes se centra en la imposibilidad de elección sexual o como una aspiración a la bisexualidad. Pueden aparecer fantasías de hermafroditismo con un cuerpo que posee pene, senos, nalgas o fantasías en las que el cuerpo entero representa el poder fálico. En otros adolescentes se utiliza la obesidad y sus beneficios secundarios como defensa contra la activación del conflicto edípico, sin que ello suponga traba alguna a una identidad sexuada.

A.3-Psicopatologia y formas clínicas

Winnicot en su texto "Apetito y trastorno emocional" (1936) nos recuerda: "En la literatura psicoanalítica y psicológica existe un consenso general con respecto a que las alteraciones del apetito son comunes en las enfermedades psiquiátricas pero lo cierto es que tal vez no se reconozca toda la importancia del comer. Así, resulta raro encontrar la palabra "gula" en los escritos psicológicos; y, sin embargo, ésta es una palabra que tiene un significado muy definido, que une lo físico con lo psíquico, el amor con el odio, lo que resulta aceptable para el ego con lo que es inaceptable. (…) Hace tiempo que debiera haberse comentado la relación entre el apetito y la gula. Me atrevo a sugerir que en el ser humano la gula jamás aparece de forma manifiesta, ni siquiera en los niños, y que, cuando aparece como síntoma, constituye siempre un fenómeno secundario que entraña angustia (…). Llevo ya varios años enseñando que la observación atenta pone de manifiesto que no hay ninguna línea que divida claramente las siguientes afecciones: la anorexia nerviosa de la adolescencia, inhibiciones de la función nutritiva propias de la niñez, los trastornos del apetito en la niñez que tienen relación con ciertos momentos críticos, y las inhibiciones de la función nutritiva de la infancia, incluso de la primera infancia (...) El análisis de niños de mayor edad, así como de adultos, nos proporciona una visión muy clara de las múltiples maneras en que el apetito se ve envuelto en la defensa contra la angustia y la depresión".

La obesidad, siguiendo a Lebovici (1990) es más un estado que un síntoma. Constituye una forma de adaptación, mantenida activamente en la medida en que protege de angustias o de desorganizaciones más graves. En palabras de este autor: "Es imposible describir un perfil o imaginar el modelo de funcionamiento mental del niño obeso. La obesidad en sí es una respuesta específica a dificultades del desarrollo libidinal, a conflictos psíquicos subyacentes, a interacciones padres-niño que no tienen nada de específicas y que al aparecer precozmente, podrían haber dado lugar a otras manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas".

Consideramos que el enfoque psicológico del niño obeso obliga a articular su trastorno alimentario con aquello que se observa en el conjunto de la economía psíquica del niño. No existe una organización específica de la personalidad ni podemos hablar de una exploración psicopatológica común, la obesidad puede darse sobre cualquier tipo de estructura subyacente (psicosis, neurosis o límite). No obstante, queremos hacer referencia a la clasificación que propone Bruch (1975) por considerarla de interés. De acuerdo con dicha autora, las formas clínicas de la obesidad infantil pueden agruparse en:

a) Obesidades sin problema psicológico aparente: se refiere a la obesidad que aparece como síntoma aislado en niños sin ninguna otra problemática aparente y tampoco con un sobrepeso excesivo.

b) Obesidades reaccionales y neuróticas: estas aparecen como una forma de trastorno reactivo en relación con un acontecimiento traumático o ante una situación de abandono o falta de cuidados prolongada para el niño. Aquí la hiperfagia es un intento de calmar la angustia ocasionada o la depresión.

c) Obesidades de desarrollo y trastornos graves de la personalidad: las entiende como un modo defensivo que ayuda a mantener el sentimiento de identidad. Estas obesidades se presentan asociadas a un conjunto de síntomas, constituyendo un síndrome y son las de aparición más precoz, más graves y asociadas a la inactividad.

Para Schmit (1990), dicha diferenciación en formas clínicas debe concebirse desde una perspectiva dinámica ya que la evolución del desarrollo psíquico del niño obeso y la evolución de su obesidad no son siempre convergentes. A veces, puede persistir como una forma defensiva, evitando recurrir a otros síntomas, mientras que en otras ocasiones, su importancia en la economía psíquica disminuye dando paso a otros tipos de funcionamiento, sin que la obesidad excluya otro tipo cualquiera de organización.

Bruch (1975) describe una serie de rasgos presentes en los obesos: sentimientos de dependencia, inagotable demanda afectiva, gran intolerancia a la frustración, vivencia de in-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

satisfacción y angustia de separación. Existe una búsqueda de gratificación inmediata a nivel oral que oculta un sentimiento de omnipotencia, apoyado por las fantasías ligadas a la apariencia corporal.

Autores como L Kreisler describen un tipo de obesos donde el funcionamiento mental es encuadrable en la clínica psicosomática. Son personas bien adaptadas con ausencia de fantasías, relaciones interpersonales pobres y pensamiento preoperatorio predominante, (Schmit, G.1990). La hiperfagia sirve como vía de descarga de la excitación, así, el modo de alimentarse se constituye como una forma de evitar el conflicto convirtiéndose en recurso habitual y permite una posición aparentemente ajena a los conflictos que quedan reprimidos o negados.

Desde otra perspectiva psicoanalítica se puede plantear como un rasgo común en los obesos una posición masoquista del sujeto ante el sufrimiento que le produce la renuncia al lazo pulsional con la madre, de ahí pueden derivarse la pasividad y la aceptación del maltrato social que se observa a veces en estos pacientes.

No acometemos aquí el estudio de las obesidades causadas por enfermedades malformativas, endocrinas o secundarias a la toma de fármacos por considerar que dependiendo de su origen van a requerir modos de comprensión y abordajes diferentes y suponen tan sólo el 10% de los casos siendo el 90% de los casos idiopáticos (Dietz, Robinson, 2005).

Conducta y mecanismos de defensa del niño obeso

La hiperfagia, la inactividad y pasividad son características del niño obeso. Se observa un predominio de la oralidad y una falta de investimento adecuado de la motricidad de manera que el niño no obtiene satisfacción con el movimiento a lo que se asocia un sentimiento de inseguridad.

La inactividad podría estar en relación con dificultades en la separación del objeto materno. La madre no conseguiría crear un ritmo de ausencia y presencia adaptado a las necesidades del niño impidiendo que este pueda disfrutar del movimiento para alejarse o acercarse al objeto y alcanzar un sentimiento de seguridad y confianza en sus propios logros psicomotrices, así como de apoderamiento y dominio del espacio, con reconocimiento de los límites propios. Con la pasividad se mantiene la dependencia del objeto para alcanzar las propias metas o simplemente se reniega de ellas.

La hiperfagia es un acto compulsivo de carácter autoerótico, donde la pérdida de la madre o de los objetos que la representan produce una vivencia de vacío y de carencia que el sujeto trata de negar y de colmar con el alimento sin conseguirlo, puesto que es imposible de colmar. La hiperfagia sirve también como vehículo de expresión de pulsiones agresivas.

Ambas, son formas de manejo de angustias primitivas en relación con la ausencia. En la inactividad predomina la situación de dependencia del objeto, en la hiperfagia predomina la actuación con descarga de la pulsión y la negación de la dependencia, son pues, las dos caras de la misma moneda. Estos modos de funcionamiento a lo largo del tiempo adquieren un carácter autónomo y se pueden inscribir como rasgos de personalidad.

Entre los mecanismos de defensa más empleados por el obeso están la negación para mantener un sentimiento de omnipotencia y el aislamiento que según Laplanche (1994) es “un proceso específico de defensa que se extiende desde la compulsión hasta una actitud sistemática y concertada, consistente en una ruptura de las conexiones asociativas de un pensamiento o de un acto, en especial los que le preceden y le siguen en el tiempo y permite al sujeto no interrogarse y por tanto evitar la vivencia de fragmentación o castración que eso produce”. La utilización excesiva de estas defensas provee al paciente de una “fortaleza” casi inexpugnable.

Insistimos en la consideración de que un aspecto esencial que comparten algunos de estos pacientes es el sostener una posición masoquista y esto constituye la mayor resistencia al tratamiento. Freud, S. (1924) atribuye a la satisfacción de un sentimiento inconsciente de culpa la fuerza con que el paciente se rebela contra la curación de su enfermedad.

Traemos aquí el caso de una paciente adolescente que en el plazo de unos pocos meses engordó hasta alcanzar los 100 kg como forma de respuesta a una situación de maltrato materno. La madre volcaba sobre la hija toda su conflictiva personal sin poder hacerse cargo de las dificultades de la niña. Esta paciente, calmaba la angustia alimentándose de forma compulsiva, como si realmente hiciera un esfuerzo por intentar contener a su madre y tomaba en sí misma la forma de madre-continente que las sostuviera a ambas. Negaba así su ausencia y controlaba la agresividad que sentía hacía ella. Antes de ser obesa, esta niña presentaba mecanismos de escisión y manifestaciones paranoides asociados a estados depresi-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

vos que no le permitían un adecuado ajuste psicosocial. Durante su estado de obesidad la paciente mantenía un mejor funcionamiento social, familiar y mejor contacto con la realidad.

A.4.Trastornos psiquiátricos asociados

La sobrealimentación y falta de control de los hábitos alimentarios que conducen a la obesidad produce sufrimiento y dificultades psicosociales pero en las clasificaciones internacionales no se considera un trastorno psiquiátrico. La CIE 10 la clasifica dentro de las condiciones médicas generales y el DSM-IV no la encuadra como categoría psiquiátrica al "no estar bien establecido que la obesidad se asocie de forma consistente con un síndrome psicológico o conductual" (American Psychiatric Association, 1994). Pero también es cierto que dentro de la categoría de los trastornos por atracón se hallan incluidos un alto número de obesos y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): bulimia, anorexia y trastornos del comportamiento alimentario no especificados, son seis veces más frecuentes en los obesos que en la población general (Brito, Siegfried, Ziegler et al 2000).

A nivel psicopatológico una de las características más frecuentes en los sujetos obesos es la conducta compulsiva ante la comida. Mas del 50% de los niños obesos ha adquirido el hábito de la bulimia durante la primera infancia y en el pasado de muchos niños obesos hubo una anorexia precoz.

Varios autores (Zametkin, Alan, 2004) se plantean si algunos de los trastornos psicológicos asociados a la obesidad son causa o consecuencia de la misma debido a que a nivel social se tiene una imagen negativa de las personas obesas y a menudo desde la infancia, son objeto de burlas y acoso en la escuela.

Salvo en lo que respecta a mayor frecuencia de TCA, aunque hay estudios que aportan tasas mayores de trastornos psicológicos y psiquiátricos en la población obesa, no existe evidencia suficiente que les diferencie de la población general. Por otra parte, es común encontrar descompensaciones depresivas y ansiosas en los obesos que están sometidos a dietas.

1. B-Factores ambientales

B.1- Familiares

Se han descrito determinadas características en el entorno familiar del niño obeso como un interés particular en la comida en detrimento de otros intereses como pueden ser los intelectuales.

El riesgo de ser adultos obesos en los niños se duplica si uno de los padres lo es (Whitaker, Wright, et al. 1997). Se encuentran altas tasas de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y trastorno por atracón) en los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno de la alimentación. Las evidencias sugieren que factores genéticos y ambientales actúan juntos para que se encuentre esa agregación en los familiares de pacientes anoréxicas y bulímicas (Lilenfeld, Kaye, Greeno, et al., 1998).

Diferentes estudios relacionan las conductas alimentarias de los padres y las de sus hijos. Jacobi (2001) en un estudio realizado en niños desde el nacimiento hasta los 8 años donde investigó predictores de TCA extrajo las siguientes conclusiones:

a) La influencia del trastorno alimentario en la madre es mucho mayor que las actitudes paternas y el trastorno alimentario del padre, y esto se refleja ya muy tempranamente.
b) El TCA (sobre todo obesidad) se asocia a situaciones en las que uno de los padres es muy obeso y el niño percibe que el otro padre otorga una gran importancia a la delgadez.

Con relación a la transmisión parental queremos recordar las aportaciones de Palacio, Manzano y Zilkha, (1999) en relación a las proyecciones narcisistas de los padres.

Bruch, (1947) describe un marco familiar frecuente: el niño se utiliza abusivamente para compensar las imperfecciones de la vida de los padres, por lo general, insatisfechos el uno del otro. La madre impone su propia representación de los deseos al niño. No está segura de sí misma y combate su angustia y su culpa con una protección excesiva. La sobrealimentación le otorga a la comida un valor de afecto y dedicación. El niño se muestra incapaz de ser autónomo en la vida cotidiana y aumenta sus demandas de alimento, equivalente de amor, a medida que sus otras demandas, en especial de reconocimiento y seguridad, no son percibidas por los padres. El padre permanece distante, interviene poco o adopta un papel materno, lo que refuerza la disfunción. El niño es un objeto de valor está bien cuidado, pero no debe expresar su personalidad.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La obesidad también garantiza un estatus de niño pequeño con la persistencia de cuidados corporales y una relación más cercana y dependiente de la madre y un menor grado de exigencia por parte del padre. Winnicot (1936) señala como ya desde los 9 o 10 meses, el bebé puede mostrar suspicacia hacia la comida, dudar de la comida, como medio de ocultar la duda del amor.

Lacan y otros autores (Hekier, Millar, 1994) sostienen que la demanda de los pacientes con TCA, sobre todo anoréxicas y bulímicas, es de amor. Según Lacan: dar amor es dar lo que no se tiene, "Se pide que el otro dé justamente lo que no tiene y, en eso, dar algo de su ser". La ignorancia de esta demanda de amor por el Otro materno ofreciendo el objeto que satisface la necesidad "… se constituye como un engaño que aplasta la demanda de amor en juego". Esto tiene consecuencias clínicas entre las que están, la anorexia, bulimia y la obesidad entre otras.

En la anorexia la respuesta del sujeto cuando el Otro materno dice: "lo único que necesitas es comer más", es decir No y negarse a ser nutrida y con ello desplaza al Otro de su lugar de omnipotencia. En el niño obeso se acepta la respuesta del Otro y se dice: "lo que necesito es comer más" y se aplasta la demanda de amor y se silencia el deseo con la satisfacción oral, lo que puede dar lugar a baja autoestima y conduce a esa apariencia de pasividad y falta de voluntad.

Traemos un ejemplo clínico de cómo el alimento sirve como signo de amor: Una mujer, obesa desde la infancia, sometida a cirugía bariátrica recordaba con orgullo algunos momentos de su infancia: "Mi madre me mandaba siempre un buen bocadillo al recreo lo que envidiaban las otras niñas, porque mi madre me quería y a ellas las suyas no".

B.2. Sociales

Entre los factores sociales asociados a obesidad infantil se citan las situaciones de abandono y abuso y un ambiente que aporta escaso soporte socio-familiar. En el estudio prospectivo realizado a lo largo de diez años por Lissau y Thorkild (1994) se encontró una fuerte asociación entre obesidad y factores psicosociales desfavorables y se concluyó que un factor de alto riesgo para la obesidad en el adulto joven es la negligencia en los cuidados recibidos en la infancia. Este factor de riesgo es independiente de la edad, IMC en el niño, del sexo y del nivel social. Citamos aquí el caso de una niña de 18 meses con un peso de 49 kg que le producía importantes apneas del sueño. Entre otros factores familiares, estaban las ausencias de la madre donde quedaba a cargo del cuidado de sus hermanas mayores, estas le ofrecían alimento ante cualquier signo de inquietud, sin plantearse siquiera que la niña precisase de otras atenciones, canalizando de este modo también los sentimientos de envidia fraterna que el bebé les suscitaba.

Fellitti, (1993) encuentra una mayor incidencia de abuso sexual en la infancia entre los adultos que acuden a tratamiento.

Socialmente la gente obesa está estigmatizada por su condición y se les atribuyen múltiples características negativas que influyen en su propia imagen y autoestima. Los niños manifiestan actitudes negativas hacia sus pares obesos incluso desde la guardería. Según algunos estudios (Zametkin, Alan et al 2004) los niños prefieren como compañero de juegos un niño discapacitado de una enfermedad física, que a uno obeso.

Por otra parte, la obesidad puede tener una función de protección ante determinadas actividades e intercambios sociales que el niño vive como costosos. Para Schmit, G. (1990) "La obesidad instituye de entrada unas limitaciones admitidas por todos. Evita a los niños numerosas situaciones en las que se ponen en juego la competición, la agresividad, y también los deseos libidinales o sexuales. Soslayan así numerosas decepciones y, eventualmente, se favorecen unos ensueños totalmente apartados de la realidad, una omnipotencia imaginaria basada en el supuesto: "si yo fuera delgado". Existe también un goce masoquista por todas las situaciones penosas a las que se ven sometidos: dietas, intervenciones y exploraciones médicas, burlas vejaciones (...) Tienden a volver la agresividad contra sí mismos."

La escasa movilidad de estos niños podría tener también una función de protección ante frustraciones y servir de adaptación a un entorno tremendamente normativo y restrictivo del espacio como es la vida en las ciudades.

Todos estos beneficios intervienen en la persistencia del síntoma sobre todo si se incluyen en un acuerdo tácito y estable entre el niño y su entorno.

Estos elemento presentados, recuerdan la necesidad de volver a situar el síntoma en el contexto de un sistema económico familiar y social con el fin de apreciar lo que está en juego y los riesgos del cambio.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

2- ¿Cómo se articula lo psicológico con lo sociocultural?

Coincidimos con Schmit, (1990) en considerar que a la vez que aumenta la frecuencia de obesidad en el mundo desarrollado como consecuencia de factores socioeconómicos debido a la abundancia de alimento, los cánones estéticos y éticos le atribuyen un valor negativo y así, de simbolizar el poder y la abundancia pasa a significar la ausencia de voluntad, la dejadez y el abandono a las pulsiones más primitivas.

Las enfermedades dependen del imaginario que domina en cada época, los modos de presentación de los pacientes se moldean con las modas imperantes. Las denominadas por la medicina enfermedades del siglo XXI o TCA, son manifestaciones de nuestro tiempo. En palabras de Hekier y Miller (1994) "son los ropajes con que ciertos posicionamientos subjetivos se presentan en la clínica, lo importantes inferir la estructura en la que subyacen". "Son manifestaciones del malestar en la cultura".

"Si la anorexia y la bulimia se han convertido en una patología paradigmática de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada. Se intenta responder a un ideal de completud, abundancia y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor de intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor" (Hekier, Miller, 1994).

La obesidad desde el punto de vista social apunta a una forma de goce que es a la vez promovido y denostado. Muestra la incongruencia de alcanzar un estado de bienestar a través de los objetos de consumo y en la degradación del sujeto a ser también él mismo un objeto de consumo, un valor de intercambio. El obeso halla una forma de transformar y neutralizar su angustia siguiendo las leyes de la psicosomática en afección corporal, y a la vez denuncia que ese modo de "goce", social y familiarmente permitido, produce un malestar al sujeto, enfermándolo de múltiples modos.

Freud en "El problema económico del masoquismo" (1924) nos dice: "el retorno del sadismo contra la propia persona se presenta regularmente con ocasión del sojuzgamiento cultural de los instintos, que impide utilizar al sujeto en la vida una gran parte de sus componentes instintivos destructores".

Traemos aquí un ejemplo cinematográfico donde se ilustra el empuje social hacia la obesidad y también una forma ingeniosa y subjetiva de respuesta para sustraerse a ese empuje. Se trata de la historia de Maggy la protagonista de la película dirigida por Clint Eastwood "Million Dolar Baby" para quien la única salida es dedicarse al boxeo. "Son pobres, su padre ha muerto, su hermano está en la cárcel y su madre es una obesa de más de 120 kg. En este contexto Maggy dice que su destino sería encerrarse en su cuarto a ver televisión y a atragantarse de galletas. Su madre le pide que viva apropiadamente, que se busque un hombre, que tener una hija boxeadora le da vergüenza y los vecinos se burlan de ella. Pero Maggy no está dispuesta a seguir los eslóganes de lo políticamente correcto e intentar esconder su castración y su fallida existencia escondiéndose en su habitación. Decide no someterse, cuando socialmente todo está preparado para que lo haga, numerosos grupos de apoyo la esperan para instalarla en alguno de ellos y tener un lugar social y una ayuda económica. No se conforma con el masoquismo para tener un lugar en el mundo. Resulta curioso que ella se permite elegir y no busca un padre, ni un marido, bajo quién cobijarse, sino un entrenador, hace una elección ética no material" (Miller, 2000).

3-¿Qué modos de intervención debemos emplear para que surja una demanda de tratamiento verdadera que haga posible una intervención eficaz?

Es fundamental tener en cuenta todas las consideraciones anteriores a la hora de plantear un tratamiento para el niño obeso.

- La dimensión psicológica siempre hay que tenerla presente de cara a la intervención (tanto en el niño como en los padres y el médico). Aun, en los casos de las obesidades sin problema psicológico aparente, pueden presentarse síntomas en relación con dificultades adaptativas o conflictos en el proceso de la constitución de la identidad en la adolescencia.

- El enfoque psicoeducativo y nutricional exclusivo, como ya se ha señalado, tiene malos resultados. Las fases de adelgazamiento, con gran frecuencia se siguen de recaídas. Los repetidos fracasos conducen a la idea de que "nada se puede hacer" atribuyendo a la falta de voluntad del niño el fracaso en el tratamiento. No se trata de ignorar la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

necesidad de un régimen alimenticio para perder peso, pero hay que reconocer que un niño obeso es perfectamente capaz de hacer fracasar, con cierto placer, las prescripciones dietéticas impuestas por los padres o por el médico. Sólo se somete si consigue algún beneficio y si ha decidido someterse él solo. Además los padres siempre muestran cierta ambivalencia ante los profesionales, sobre todo si se sienten criticados en la forma de alimentar a su hijo.

- La obesidad suele estar negada o aceptada como una fatalidad. Sólo será posible abordarla cuando los padres y el niño estén suficientemente preparados y, si es posible dejándoles la iniciativa de la demanda. Con frecuencia, los motivos de consulta inicial suelen ser otros distintos de la obesidad: enuresis, fracaso escolar, trastornos del comportamiento. Por tanto, debemos respetar y esperar a que se realice el reconocimiento de la necesidad de tratamiento. Las prescripciones demasiado rápidas pueden acarrear ruptura del tratamiento o favorecer la tendencia de los padres a centrarse únicamente en la desaparición del síntoma y la tendencia de los niños a la resistencia pasiva y a la búsqueda de satisfacciones masoquistas. Hay que tener en cuenta que la obesidad a veces constituye tan sólo un elemento más de un conjunto francamente patológico y atacar directamente el síntoma puede conducir a un agravamiento incluso desencadenar descompensaciones psicopatológicas.

- El establecimiento de una alianza terapéutica con el niño y los padres es la base imprescindible para posibilitar un cambio. El trabajo para la puesta en marcha de un intercambio verdaderamente terapéutico se inicia cuando el interés del médico se desplaza desde el síntoma obesidad al conjunto de dificultades del paciente y su familia. El objetivo del trabajo psicológico es la búsqueda de una gestión más positiva de los conflictos y no una reducción ponderal. La actitud del médico debe ser sincera y requiere de una mínima formación en los aspectos psicológicos para que opere una intervención eficaz. En cualquier caso, los métodos de restricción alimentaria, cuando están indicados sólo deben ponerse en marcha en una segunda etapa, una vez que el médico ha establecido una relación sólida con el niño y con su familia, y cuando el régimen responde a los deseos suficientemente elaborados y realistas del niño.

- Un cambio exige ciertas condiciones. Es necesaria la renuncia de los padres a conformarse con la sumisión aparente del niño y la franca consideración de los deseos del niño en otros campos que en el de la oralidad. Por su parte, el niño debe aceptar no reparar y proteger incesantemente las imágenes parentales idealizadas que contribuyen a cerrarle el acceso al reconocimiento de su propio cuerpo.

En resumen, el tratamiento debe comprender las modificaciones en la dieta y ejercicio siempre en el contexto de una intervención global: bio-psico-social.

Los grupos de apoyo pueden constituir una herramienta eficaz para la realización de objetivos concretos en la medida en que el sujeto puede encontrar nuevas identificaciones y tener la ocasión de redistribuir sus investimentos.

Es de crucial importancia que el médico que realice el tratamiento revise su actitud contratransferencial hacia la obesidad con jóvenes, ya que es muy fácil caer en actitudes paternalistas y culpabilizadoras cuando los pacientes no van bien. En estos chicos conviene, si no pierden peso a pesar de un tratamiento adecuado, abstenerse de acusarles de hacer trampas con la dieta o mentir sobre el ejercicio que realiza, es preferible ofrecer una alternativa que ayude a “salvar la cara” con un abordaje diferente en el que no se ofrezca un programa de pérdida de peso. Algunos de estos niños tienen la experiencia de fracasar en múltiples aspectos y ocasiones en sus vidas y conviene no añadir a esto su dificultad en perder peso.

Solo a través de una valoración psicológica del niño se podrá determinar en qué pacientes debe indicarse un tratamiento psicoterapéutico reglado.

“ Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo: en muchos casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

enfermo bien instalado en su enfermedad"(Lacan, 1985).

Los obesos adultos rara vez consultan a un especialista en salud mental por su obesidad y si lo hacen suelen hacerlo en momentos de crisis, donde pueden aparecer síntomas psiquiátricos y casi siempre subyace el deseo de estar delgados como la solución a sus problemas. En los niños se observa la proyección de este deseo en el futuro, con la ilusión de estar delgados cuando sean mayores, como una forma de logro y realización quizá en identificación a este deseo de sus padres. No pasa este deseo por la ley de unos hábitos más saludables que apenas dependen de ellos si no de sus familias.

Es un auténtico reto afrontar un tratamiento que sabemos conlleva gran esfuerzo y la posibilidad de que el paciente pueda sentirse mal, y mucho más si se trata de un niño. Los padres presionan para que se les den soluciones cosméticas y tratamientos farmacológicos que les dejen su vida y a su hijo como está. Se demanda un cambio sin dolor, sin renuncia, ni cuestionamiento sobre sus gustos o los hábitos de su casa y su familia. Los tratamientos psicoeducativos ofrecidos son radicales en este sentido y a ello pueden deberse los malos resultados, y a que los pacientes pueden sentirse sobrepasados por objetivos que ven inalcanzables. Actualmente se considera fundamental plantear objetivos realistas con pérdidas de peso modestas y de forma lenta. En los niños que tienen un buen apoyo familiar y son supervisados en sus hábitos alimentarios y más aun si uno de los progenitores se apunta al plan de tratamiento, se consiguen buenos resultados.

A continuación exponemos, desde una perspectiva psicodinámica que incluye una orientación lacaniana, cómo pensamos que puede entenderse el trastorno y las consecuencias terapéuticas que se derivan.

Una de las características de los TCA radica en la dimensión de acto irrefrenable, compulsivo. El sujeto queda sometido a la repetición de un acto que le esclaviza. El profesional queda por tanto destinado a abordar el trastorno como una adicción, una adicción sin droga. Pero enfocar la clínica desde esa perspectiva, supone centrarse en el manejo del objeto de la adicción (el alimento). Usan este enfoque los abordajes donde se intenta regular la relación con el alimento: midiéndolo, pesándolo, reglando el ritmo y la calidad de los alimentos que deben estar presentes en la dieta, en definitiva, instaurando un orden racional en la relación del sujeto con la comida.

Brusset, (1981) considera que la hiperfagia es eficaz para el sujeto pues consigue la descarga de un estado de excitación. "…la anomalía alimenticia no es el lugar de un conflicto intrapsíquico, sino una manera de evitarlo, lo que se convierte en un recurso habitual, y a veces automático, que permite una posición exterior no comprometida en conflictos que se ven profundamente negados o reprimidos."

Lacan apunta a que es la dimensión del acto lo determinante y la articulación de la compulsión-impulsión sobre lo que se debe enfocar el tratamiento. Las patologías de nuestro tiempo son patologías del acto, del no poder decir. Las crisis bulímicas y los atracones dejan fuera la posibilidad de pensar y se repiten de forma incesante, en un intento fallido de ser ligadas a "algo" que no fue ligado en otro momento. No preguntarse es el contrapunto de la no renuncia. Ahí donde el sujeto "no dice", "hace" y eso lo denuncia con su cuerpo. Espera del alimento que éste le dé más de lo que puede darle. Por tanto, el tratamiento requiere que la problemática referida al cuerpo se pueda poner en relación con el inconsciente para ser verbalizada y ligada.

El obeso ha encontrado una forma de manejo de la angustia y no quiere saber más. ¿Cómo abrir interrogantes a quien ya ha encontrado la respuesta a sus problemas en la repetición de un acto? Insistimos se trata de que la acción compulsiva ceda lugar a la palabra. Pero esta es una cuestión harto difícil pues sabemos que en muchos de estos pacientes hay dificultades para la simbolización, incluso para algunos autores, el pensamiento operatorio caracteriza a estos trastornos . El uso del lenguaje que hacen algunos pacientes con trastornos de la alimentación es un uso que disminuye su poder significante tratando a las palabras como objetos que al igual que con el alimento evitan metabolizar.

Al interferir un acto compulsivo hacemos surgir la angustia y con ella de nuevo la compulsión, por tanto, es necesario estar en disposición de contenerla para poder contar con la colaboración del paciente. La relación terapéutica y la creación de un encuadre estable y seguro, son esenciales para esta colaboración.

En estos pacientes la mortificación aparece en el cuerpo de forma real, como vemos con las graves consecuencias físicas de este trastorno. Ya en 1898 Freud describe "las neurosis actuales" localizándolas como una tensión física que no consigue penetrar en el ámbito psíquico y por lo

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

tanto permanece en el trayecto físico. Es necesario ayudar al paciente a acceder a vías de desarrollo de lo simbólico, para lo que el primer objetivo fundamental pasa por el reconocimiento de la obesidad como expresión de una determinada conflictiva psicológica. Hay que tener en cuenta, no el por qué del síntoma, sino su sentido para el sujeto.

Para que el paciente pueda hablar debemos tener una posición de escucha. En palabras de Brusset (2006) "Una escucha comprensiva y atenta tiene un valor de reparación narcisista pasando del comportamiento a la experiencia subjetiva, mediante la solicitación activa de la verbalización de sus experiencias, las emociones, las interrelaciones…". Se requiere un manejo no intrusivo, un "estar" y un saber "hacer" silencioso, sobre todo al principio, hasta que se pueda interpretar. Se trata, en palabras de Winnicott de realizar una función de "holding", a través de los gestos, el silencio, el lenguaje. Es toda una actitud de interés y preocupación lo que se pone en juego.

Se han propuesto, entre otros recursos técnicos, la utilización de recursos plásticos: dibujos, modelados, juego… o también recursos psicodramáticos con el fin de que en la puesta en marcha de las representaciones dramáticas puedan surgir asociaciones, puesto que el nivel imaginario y el discurso verbal parecen estar detenidos y empobrecidos. Dolto, (1984) sostiene que "las palabras para cobrar sentido deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen de cuerpo relacional". Nuestro propósito es que las asociaciones del sujeto avancen mediante "un hacer" que de paso a un decir.

Así como con las representaciones de dibujos o modelados se va dando paso a las representaciones simbólicas, el psicodrama supone el medio ideal para trabajar la ligazón entre las representaciones imaginarias con las emociones y sensaciones que surgen con la puesta en escena del cuerpo propio y de los otros. Con la representación de escenas vividas, el sujeto reactiva recuerdos acompañados de sensaciones que son actuales y a la vez remiten al pasado y al re-presentarlos, los repite en una forma distinta, abriendo la posibilidad de re-ligar, dando paso a nuevas asociaciones.

Para concluir pensamos que la perspectiva psicológica debe ser tenida en cuenta siempre y de su consideración por parte del médico de atención primaria o del especialista va a depender, en la mayoría de los casos, la eficacia de la intervención. La estrategia terapéutica debería considerar el significado particular de la enfermedad para cada paciente en concreto, teniendo en cuenta la perspectiva evolutiva.

En estos trastornos las aproximaciones paternalistas u omnipotentes están condenadas al fracaso.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM IV). Washington, DC : American Psychiatric Association.

Brito, B., Siegfried, W., Ziegler A. et al. (2000). Rates of Psychiatric disorders in a clinical study group of adolescent with extreme obesity in obese adolescent ascertained via a population based study. International Journal of Obesity, Related Metabolic Disorder 24: 1707-1714

Bruch, H. (1957). The importante of oveweight. New York: W.W. Norton.

Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders. Psychiatric Quarterly, 35, 368-381.

Bruch, H. (1975). Les yeux et le ventre. Paris: Payot.

Brusset, B. (1981). Valeur sémiologique des anomalies des conduites alimentaires. Encyclopedie Medico Chirurgicale; Psychiatrie 37105 D 10.

Brusset, B. (2007). "Tratamiento psicoanalítico de las anorexias". Conferencia presentada en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid el 28 de Abril del 2007.

Buddeberg-Fisher, B., Klaghofer, R. y Reed V. (1999). Associations beteween body weight, psychiatric disorder and body image female adolescents. Psychotherapy and Psychosomatics, 68, 325-332.

Jacobi, C., Agras, W. S., Hammer, L. (2001). Predicting Children´s Reported Eating Disturbances at 8 years of age. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(3), 364-372.

Csabi, G.,Tenyi, T., Molnar, D.(2000). Depressive symptoms among obese children. Eating and Weigth Disorders, 5, 43-45.

Dolto, F (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidos.

Fairburn, C.G., Cowen, P.J. y Harrison, P.J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 26, 349-358.

Fellitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunctión in adult obese patients.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Southern Medical Journal, 86, 732-736.
French, S.A., Store, M. y Perry, CL. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescent: a literature review. Obesity Research, 3, 479-490.
Freud, A. (2006). Normalidad y patología en la niñez. Anna Freud. Obras escogidas. Barcelona: RBA Coleccionables. (Orig.1968).
Freud, S. (1981). Neurosis actuales. Sigmund Freud Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig.1898).
Freud, S. (1981). El problema económico del masoquismo. Sigmun Freud Obras Completas Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva (Orig.1924).
Hekier, M., Millar, C. (1994). Anorexia Bulimia: Deseo de nada. Barcelona: Paidós.
Klish, W.J. (1998). Chilhood obesity. Pediatrics in Review, 19, 312-315.
Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1976). El hambre y el cuerpo. Madrid: Espasa Calpe (Orig.1972).
Lacan, J.(1984). La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos 2 Jacques Lacan. Méjico: Siglo XXI.
Lacan, J. (1985). La transferencia. Seminario VIII. Intervenciones y textos. Psicoanálisis y Medicina. Buenos Aires: Editorial Manantial.
Laplanche, J. (1994). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor, S.A.
Lemoine, E., Lemoine, P. (1997). Jugar-gozar. Barcelona: Gedisa (Orig. 1980).
Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. et al. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 55, 603-610.
Lissau, I., Sorensen, T. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet, 343, 324-273.
Manzano, J., Palacio, F., Zilkha, N. (1990). Los escenarios narcisistas de la parentalidad Bilbao: Asociación ALTXA (1999) (Orig. 1999)
Manzano, J. (2001). Las interacciones precoces padres-hijos: Una nueva frontera. En: J. Manzano (dir.) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos .(pp3-13) Madrid: Necodisne.
Miller, J. A. (2000). Intervención de Jacques Alain Miller en la primera Conferencia científica de la Scuola Lacaniana di Psicoanálisis, el 21 de Mayo del 2000.
Nacional Center for Health Statistics (1999). Prevalence of overweigth Among Children and Adolescents:United State,1999.
(http://www.cdc.gov/nchs/products/pubd/hestats/overwght99.htm) (accesed August 2001)
Pesa, J.A., Syre, T.S. y Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: importance of body image. Journal of Adolescent Health Care, 87, 1303-1310.
Richardson S.A., Boodman N., Hastorf A.H. y Dornbush S.M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. Sociological Review, 26, 241-7.
Rhodes, S.K., Shimoda, K.C., Waid , L.R. et al. (1995). Neurocognitive deficits in morbidly obese children with obstructive sleep apnea. Journal of Pediatrics, 127, 741-744.
Schmit, G. (1990). La expresión somática. La obesidad infantil. S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (dirs.), Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente Tomo IV (pp.209-232). Madrid: Bilblioteca Nueva.
Serra Majem, Ll., Ribas Barba, L. et al. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados de estudio enKid (1998-2000). Medicina Clínica (Barcelona), 121(19), 725-32.
Stice, E., Agras W.S., Hammer, L.D (1999). Risk factors for the emergence of Childhood disturbances: A five-year prospective study. International Journal of Eating Disorders, 25, 375-387.
Stradmeijer, M., Bosch, J., Koops, W., Seidell, J. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. International Journal of Eating Disorders, 27,110-114.
Strauss, R.S. (1999). Childhood obesity. Current Problems in Pediatrics, 29, 1-29.
Styne, D.M. (2001). Childhood and adolescent obesity: prevalence and significance. Pediatric Clinics of North America, 48, 823-854.
Vicente, P. (2005). Intervenciones psicomotrices en los Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Conferencia presentada en el Centro de Salud Mental de Retiro. Madrid, el 20 de Noviembre de 2005.
Whitaker, R.C., Wright, J.A., et al. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. New England Journal of Medicine, 337,869-873.
William, H., Dietz W.H., and Robinson T.N (2005). Overweight children and adolescents. New England Journal of Medicine, 352: 2100-9.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Winnicot, D. (1999). Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós (Orig. 1958).

Winnicot, D. (1936). Apetito y trastorno emocional. Leído ante la Sección Médica de la Sociedad Psicológica Británica, 1936.Obras completas. http://www.psikolibro.tk

Zametkin, A.J., Zoon, C.K., Klein, H.W., Munson, S. (2004). Psychiatric Aspect of Child and Adolescent Obesity: A Review of the past 10 Years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(2), 134-150.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA "IMAGEN DE SÍ" DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A TRATAMIENTO A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL Y LA "IMAGEN DE SÍ" DE SUS PADRES

STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN "SELF" OF THE CHILDREM AND ADOLESCENTS WHO ATTENDE TREATMENT AT CHILDREN AND YOUTH MENTAL HEALTH UNIT AND "SELF"OF THEIR PARENTS

Mª Luisa Gutiérrez López* y Carmen Almeida González**

RESUMEN

El objetivo de esta investigación ha sido profundizar en el conocimiento de la relación entre la "imagen de sí" de los niños y adolescentes que acudieron a tratamiento a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y la "imagen de sí" de sus padres, en los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Estudio observacional que incluyó análisis descriptivo, tablas de contingencia y prueba de homogeneidad marginal, o prueba de McNemar. Se observó como hijos y padres presentan mejor imagen al respecto de sí, que al respecto de la imagen que creían dar a lo demás, además se sintieron poco valorados por padres, profesores y compañeros, y extraordinariamente bien valorados por sus abuelos. Ambos tenían una mala imagen en relación a cómo se comportan y los padres, se mostraron especialmente nerviosos al hablar de sí mismos. El ahondar en el conocimiento de esta relación permitió obtener una herramienta guía para la intervención psicoterapéutica.

PALABRAS CLAVES: Imagen de sí, self, autoestima, autoconcepto, autorrealización.

ABSTRACT

The research objective is made a careful study of knowledge the relationship between "self" of children and adolescents who attended treatment at Children and Youth Mental Health Unit, and "self" of their parents, in cognitive, behavioral and emotional issues. Observational study included descriptive analysis, contingency tables and marginal homogeneity test, or McNemar test. It could be observed that children and parents had better image about themselves, that the image they believed to give to the others. Furthermore, they felt under estimated by parents, teachers and peers, and extraordinary estimated by their grandparents. Both had a bad image about their behavior and father felt especially sad to talk about themselves. The focus on understanding of this relationship allowed obtaining a guiding tool for psychotherapeutic intervention.

KEY WORDS: self-image, self-esteem, self-concept, self-realization.

INTRODUCCIÓN

Intentar definir un fenómeno complejo como es la "imagen de sí" o "self" es tarea complicada. Se han realizado diversas descripciones del significado de este constructo multidimensional y de sus constituyentes a lo largo de la historia. La multidimensionalidad del self explica que cada teoría sobre él pueda aprenderlo en el aspecto congruente con la perspectiva paradigmática adoptada (Codina, 2005). Se diferencian así cuatro diferentes autorreferentes: la orientación cognitiva resalta los aspectos del autoconcepto, la psicoanalítica la autoestima, la del interaccionismo simbólico la autoimagen y la humanista, la autorrealización. Estos autorreferentes corresponden respectivamente a los fenómenos psicológicos de la cog-

* Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Área Hospitalaria de Valme. Dirección primer autor: Urb. Sport Aljarafe, C/ El Balcón nº 20, CP 41940. Tomares, Sevilla. E-mail: marisagulo@hotmail.com. Tlf: 650230207.

** Departamento de estadística del Hospital de Valme. Área Hospitalaria de Valme Dos Hermanas (Sevilla).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

nición, emoción, rol-estatus y voluntad, haciendo alusión al conocer, sentir, representar y querer (Munné, 2000).

El primer autor que realiza una amplia descripción del self en su obra fue W. James en su libro The Principles of Psychology. A. Nosnik asegura que James asimila el Yo a la conciencia, al proceso de saber y sentir. Así postula James que es el Yo el que es consciente, el que conoce y piensa en el hombre. En este mismo acto de conocimiento del Yo, de introspección, el Yo distingue lo propio, lo mío, el sí-mismo (Nosnik, 1986).

Desde una perspectiva social de la psicología, G.H. Mead, representante de la escuela del interaccionismo simbólico habla de cómo la idea que tenemos sobre nosotros mismos es consecuencia de las evaluaciones que hacen las personas del entorno próximo. El individuo se convierte en objeto para sí, precisamente, porque se descubre adoptando las actitudes de los otros que están implicados en su conducta. En los primeros años, la información sobre sí mismo la recibe el niño de los padres y familiares próximos, a medida que crece aparecen otras personas significativas como los profesores y compañeros. Para él los “selves” sólo existen en relación a otros “selves” (Mead, 1925).

La escuela psicoanalítica contempla los aspectos emotivos del self. Destacan la importancia de la propia estima para una adecuada conducta social, afectiva e intelectual. La persona que no posee un concepto de sí adecuado no puede estar abierta a sus propias experiencias afectivas, especialmente a los aspectos desfavorables de su carácter. La falta de autoestima influye notablemente en el bienestar espiritual, en el propio nivel de satisfacción, y sobre todo en la propia salud y capacidad psíquica (Villa, 1992). A partir de S. Freud se configuran dos visiones diferentes del “sí mismo” en esta escuela. El propio S. Freud y posteriormente M. Klein y la escuela de las relaciones objetales, conciben el self como una estructura que se establece en relación con la percepción de uno mismo. Por otra parte, H. Kohut y autores posteriores como H.S. Sullivan, entienden el self en relación al desarrollo de la estructura de la personalidad.

S. Freud en el contexto de la segunda tópica, describe el sí mismo como aquello que sin ser yo se inviste de líbido narcisista y aparece como modelo. Define la autoestima como expresión de la magnitud del yo (Freud, 1914). M. Klein resalta la importancia de la influencias de la primeras relaciones, las tempranas relaciones emocionales con los padres, y con “nosotros mismos”. Somos todo lo bueno y lo malo que hemos pasado desde los primeros días; todo lo que hemos recibido del mundo externo, y sentido en el mundo interno (Klein, 1937). D.W. Winnicott sitúa el surgimiento del “sí mismo” antes de los 5-6 meses. Asegura que para su consolidación es necesario que un ser humano (la madre) se tome el trabajo de traerle al niño el mundo de manera constante, compresible, limitada y adecuada a las necesidades del bebe. Haciendo aquí referencia a lo importante e imprescindible del otro (Winnicot, 1945). Según S.A. Michell para Winnicott la adquisición de un fuerte sentimiento del self es el principal logro del desarrollo temprano normal (Mitchell, 1993).

H. Kohut, fundador de la escuela del self, ampliando la visión freuidiana asegura que algunos pacientes no sufren por conflictos relacionados con pulsiones y defensas, sino por deficiencias en el sentido del self, que experimentan como algo frágil, carente de cohesión e integridad (Mitchell, 1993). Sullivan propone una teoría social de la mente, en la que el niño adquiere el concepto de sí por medio de un proceso de “imitación”, a través del que incorpora en sus propios esquemas la conducta y actitudes de las personas que son importantes para él. Sostiene la particular sensibilidad del infante a los estados afectivos de las personas que se encuentra en su entorno inmediato. A esta conexión la denominó “empatía” y permite al niño adecuarse a un espacio inmediato, permeado por los rasgos caracterológicos de personalidad y ansiedad de las personas significativas, que lo llevan a limitar sus potencialidades, generando un desarrollo que se limita al perfil psíquico construido en la relación con sus padres (Sullivan, 1974).

Desde otro punto de vista, la perspectiva humanista define al hombre como un producto de su ambiente, poniendo el acento en las vivencias conscientes, explicando el actuar desde metas e intenciones. A.H. Maslow desarrolla la teoría de la autorrealización; la motivación innata en todo ser humano es realizar su potencial, desarrollar sus aptitudes y capacidades para lograr así una sensación de plenitud. El hombre a medida que satisface sus necesidades básicas o primarias (fisiológicas, de seguridad, sociales y autoestima), adquiere otras más elevadas, las necesidades secundarias (autorrealización y trascendencia) ocupando estas el predominio de su comportamiento. La autorrealización implica que hay un sí mismo que se actualiza. Existe un sí mismo en el ser humano al que hay que dejar que emerja “escuchar las voces del impulso” y no aquellas voces introyectadas de mama, papa, los mayores, la autoridad o tradición (Maslow, 1971).

Un autor brillante y con aportación fundamental en la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

configuración del ser como persona es J. Bowlby. En su teoría del apego preconiza la necesidad universal que tienen los seres humanos de crear vínculos afectivos. En estos vínculos se identifica y crea su propio ser. Al hablar de la relación entre madre e hijo comenta como las características básicas del bebe pueden influir en el modo en que la madre le cuida, pero también subraya como las características de la madre pueden influir en las reacciones del bebe hacia ella. Lo que la madre aporta a la situación es mucho más complejo: no sólo tiene que ver con su equipo congénito, sino también, con una historia larga de relaciones interpersonales, en su familia de origen, así como la influencia en mucho tiempo de los valores y las prácticas de su cultura (Bowlby, 1969). P. Fonagy, uno de sus seguidores, hablando del desarrollo del sí mismo en relación a los sentimientos asegura que las tempranas experiencias de acceso flexible a los sentimientos propios son consideradas como formativas. El sentimiento autónomo del self emerge completamente a partir de relaciones seguras entre los padres y el infante. El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como deseante y con creencias. Ve que el cuidador lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self (Fonagy, 1999).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, S. Machargo, según refiere A. Villa, define el término "autoconcepto" como el conjunto de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, y como tal no son innatas, no se nace con un concepto propio determinado. Por el contrario, "se construye y define a lo largo del desarrollo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso". Tal actitud está constituida por tres componentes: cognitivo (conjunto de rasgos con los que se describe y guía su modo de ser la persona), afectivo (afectos y emociones que acompañan a la descripción de uno mismo) y conductuales (su conducta se guía por las cualidades, valores y actitudes que posee hacia sí misma)" (Villa, 1992).

Como resumen podría decirse que durante toda la vida se va configurando la imagen de sí en un juego de interrelaciones entre, el "uno mismo"; lo heredado y físico de lo que se dispone, lo que se piensa o se cree de lo que se es, lo que se actúa y se siente al respecto de sí. Y en otra dimensión, no menos importante, la "imagen de sí" se conforma en lo generado en "la interacción con el otro"; lo que se cree y se siente al respecto de lo que el otro ve, y lo que el otro pone de sí, con la propia apreciación de sí, su conducta y su sentir. Aspectos cognitivos, conductuales y emocionales propios y ajenos que se imbrican en una compleja y enmarañada red, a veces, como aspecto fundamental de la enfermedad inmanejable.

Este estudio pretende investigar sobre lo generado en "la interacción con el otro", considerando relevante observar como la imagen de sí del niño y adolescente se relaciona con la imagen de sí de sus padres. Se quiere explorar al respecto de los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales del sí mismo en hijos y padres, con la intensión de adquirir un mayor conocimiento de esta relación y con ello una guía para la intervención psicoterapéutica.

HIPÓTESIS:

El objetivo del presente estudio es profundizar en el conocimiento de la relación entre la "imagen de sí" de los niños y adolescentes que acudieron a tratamiento a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y la "imagen de sí" de sus padres. Se pretende demostrar como la imagen de sí de los padres en el momento actual y en la infancia se relacionan con la imagen de sí del niño, en los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.

MATERIAL Y MÉTODO

SUJETOS

La población a estudio se reunió de pacientes entre 5 y 18 años que fueron derivados para evaluación y tratamiento a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de Valme entre los meses de Junio a Septiembre del año 2009. Se incluyeron 15 niños y sus padres, muestra abierta, intencionada, seleccionados por orden de llegada. Fueron aceptados pacientes con cualquier diagnóstico CIE-10 y tratamiento.

PROCEDIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

En la primera entrevista se llevó a cabo la recogida de los datos socio-demográficos y se realizó una detallada historia clínica. En la segunda o tercera entrevista, con el objeto de estudiar la relación entre la imagen de sí de los niños y sus padres, se aplicó al niño y a uno de sus padres el cuestionario de evaluación diseñado específicamente para este estudio (Fig.1). Se eligió de ambos padres aquel que ellos mismos identificaban como más parecido a su hijo. Se solicitó a los padres el consentimiento verbal.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El estudio estadístico incluyó un análisis descriptivo en el que la edad se resumió con media y desviación típica y las variables cualitativas con porcentajes. Para analizar

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

Fig 1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL "SÍ MISMO"

1¿Te gusta tal como eres?
3 - Mucho
2 - Regular
1 - Poco
2 ¿Cómo te ves en comparación con tus hermanos?
(si hijo único se compara con primos)
3 - Mejor
2 - Igual
1 - Peor
3 ¿Y en comparación con tus compañeros y amigos?
3 - Mejor
2 - Igual
1- Peor
4 ¿Crees que le gustas a los demás?
3 - Mucho
2 - Regular
1 - Poco
5 ¿Cómo crees que te ven tus padres?
3 - Bien
2 - Regular
1 - Mal
6 ¿Y tus abuelos?
3 - Bien
2 - Regular
1 - Mal
7 ¿Y tus profesores? (para los padres en el momento actual ¿Y tus jefes?)
3 - Bien
2 - Regular
1 – Mal
8 ¿Y tus compañeros y amigos?
3 - Bien
2 - Regular
1 - Mal
9 ¿Te gusta cómo te comportas?
3 - Mucho
2 - Regular
1 - Poco
10 ¿Cambiarías algo de ti mismo?
3 - Mucho
2 - Regular
1 - Poco
11 ¿Cómo te sientes cuando hablas de ti mismo?
A 1 - Triste
2 - Regular
3 - Alegre
B 1 - Irritado
2 - Regular
3 - Sereno
C 1 - Inquieto
2 - Regular
3 - Tranquilo
D 1 - Incapaz
2 - Regular
3 – Capaz

si se produjeron cambios en las respuestas entre niños y padres en cada uno de los items del cuestionario, se realizaron tablas de contingencia y se aplicó la prueba de homogeneidad marginal, o la prueba de McNemar en el caso de items con sólo dos respuestas (Fig. 4-6). El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows.

Fue diseñado un cuestionario para la evaluación del "sí mismo" en el que se agrupaban las variables principales, codificando la respuesta de las variables cualitativas de forma numérica. Los ítems 1, 2 y 3 recogían la información de la variable "imagen de sí" al respecto de sí mismo y de sus iguales (hermanos y compañeros). Del 4 al 8 items se atiende a la imagen que se cree dar a los demás (padres, abuelos, profesores y compañeros), el ítems 9, recoge el aspecto conductual, el ítems 10, la necesidad de cambio y el número 11, la afectividad acompañante durante la entrevista; incluyendo los sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad e incapacidad. Se utilizó el mismo cuestionario para los niños y sus padres. Para los padres se recogió información de cómo ellos se valoraban a sí mismos en el momento actual y en la infancia.

RESULTADOS

La distribución muestral en cuanto a las variables de-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

Fig. 4 - PRUEBA DE HOMOGENEIDAD MARGINAL			
	Valores distintos	Casos no diagonales	Sig. asintót. (bilateral)
1.GUSTA-TU-N y 1.GUSTA-TU-PI	3	9	,059
2.GUSTA-TU-H-N y 2.GUSTA-TU-H-PI	3	9	,248
3.GUSTA-TU-C-N y 3.GUSTA-TU-C-PI	3	6	,739
4.GUSTA-D-N y 4.GUSTA-D-PI	3	8	,655
5.GUSTA-P-N y 5.GUSTA-P-PI	3	11	,835
7.GUSTA-PR-N y 7.GUSTA-PR-PI	3	7	,257
8.GUSTA-AM-N y 8.GUSTA-AM-PI	3	6	,317
9.GUSTA-COM-N y 9.GUSTA-COM-PI	3	7	,527
10.CAMBIA-N y 10.CAMBIA-PI	3	6	,102
11.TRISTE-N y 11.TRISTE-PI	3	8	,132
12.IRR-N y 12.IRR-PI	3	3	,102
13.NERV-N y 13.NERV-PI	3	10	,003
14.INC-N y 14.INC-PI	3	6	,564

N: niño, PI: padre en la infancia. El resto de abreviaturas coinciden con contenido de las preguntas del cuestionario.

mográficas; cuantitativa "edad" y la cualitativa "sexo" quedan recogidas en la Fig.2. La media de edad en infantes fue de 8,69 años, con un mínimo de 5 años y máximo de 13 años. Respecto al sexo, el 87 % fueron niños y el 13% niñas. De los padres el 60% hombres y el 40 % mujeres.

Los pacientes que compusieron la muestra cumplieron criterios diagnósticos CIE-10 para los trastornos mentales representados en la Fig.3. El diagnóstico más frecuente fue el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (60%), en segundo lugar el trastornos adaptativo y el trastorno de ansiedad generalizada (13,3%) y por último, el trastorno obsesivo-compulsivo (6,6%).

En relación a los resultados de la aplicación del cuestionario se observó, la existencia de relación entre la imagen de sí de los niños o adolescentes y sus padres. Al realizar un análisis pormenorizado se advirtió:

Item 1: ¿Te gusta tal como eres? Los niños se gustan tal como son en un 66,7%. Los padres tienen peor imagen de sí mismo en la infancia que sus hijos. La diferencia se acercó a la significación con p=0,059. Se evidencia como el 60% de los padres en la infancia se valoran regular o poco, frente al 33% de los niños que se valoran regular o poco. Los padres tienen peor imagen de sí mismo en la infancia que en la vida adulta de manera significativa (p=0,035), al comparar porcentajes, el 60% se valoran regular o poco en la infancia frente al 40 % en la vida adulta.

Items 2: ¿Cómo te ves en comparación con tus hermanos? El 66,7% de los niños se veían mejor o igual que sus hermanos. Al comparar con los padres en la infancia estos se veían peor que sus hermanos en un 33,3% frente a los niños que sólo lo hacían en un 13,3%. Tenían porcentajes semejantes al comparar los padres en la infancia y adultez.

Item 3: ¿Cómo te ves en comparación con tus compañeros? Un 40% de los niños se veían peor que sus com-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

pañeros. El 20% se veían mejor que los compañeros. Solo el 6,7% de los padres en la infancia se veía mejor que sus compañeros. Los padres en la vida adulta mejoran la imagen frente a sus compañeros de manera significativa ($p<0,05$).

Item 4: ¿Crees que le gustas a los demás? El 60% de los niños se ve valorado por los demás regular o mal. Los padres en la infancia se ven peor valorados que los niños al respecto de los demás 73,3%. Los padres en la edad adulta se ven valorados regular o mal en un 86,7%.

Item 5: ¿Cómo crees que te ven tus padres? Un 53 % de los niños se ven valorados regular o mal por sus padres. Los niños y los padres en su infancia se ven bien valorados por sus padres en igual porcentaje 46,7%. Es llamativo que los padres en la edad adulta se ven valorados regular o mal por sus padres en un 71,4%.

Items 6: ¿Cómo crees que te ven tus abuelos? Los niños se ven bien valorados por sus abuelos en un 73,3%. Los padres se sintieron bien valorados por sus abuelos tanto en la infancia como en la edad adulta en un 60%.

Item 7: ¿Y tus profesores? o ¿Y tus jefes? Los niños se ven poco valorados por sus profesores en un 60% de los casos. Los padres en la infancia se sienten regular o poco valorados por los profesores en un 46,7%. Los padres en la edad adulta se sienten bien valorados por sus jefes en un 86,7% en un porcentaje estadísticamente significativo ($p = 0,021$) al compararlo con sus hijos, que lo hacen frente a sus profesores en un porcentaje mucho menor, 40%.

Items8: ¿y tus compañeros y amigos? Los niños se sienten valorados regular o poco por sus amigos en un 53,3%, en la misma medida que sus padres. Los padres en la infancia se sentía mejor valorados por sus amigos

Fig. 6 - PRUEBA DE HOMOGENEIDAD MARGINAL

	Valores distintos	Casos no diagonales	Sig. asintót. (bilateral)
1.GUSTA-TU-PI y1.GUSTA-TU-PA	3	8	,035
2.GUSTA-TU-H-PI y 2.GUSTA-TU-H-PA	3	4	,317
3.GUSTA-TU-C-PI y 3.GUSTA-TU-C-PA	3	8	,033
4.GUSTA-D-PI y 4.GUSTA-D-PA	3	6	,739
5.GUSTA-P-PI y 5.GUSTA-P-PA	3	5	,655
7.GUSTA-PR-PI y 7.GUSTA-PR-PA	2	7	,059
8.GUSTA-AM-PI y 8.GUSTA-AM-PA	3	2	,157
9.GUSTA-COM-PI y 9.GUSTA-COM-PA	3	7	,052
10.CAMBIA-PI y 10.CAMBIA-PA	3	3	,083
11.TRISTE-PI y 11.TRISTE-PA	3	2	1,000
12.IRR-PI y 12.IRR-PA	3	1	,317
13.NERV-PI y 13.NERV-PA	3	1	,317
14.INC-PI y 14.INC-PA	3	0	1,000

N: niño, PI: padre en la infancia,PA: padre en la edad adulta. El resto de abreviaturas coinciden con contenido de las preguntas del cuestionario.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

Fig. 5 – PRUEBA DE HOMOGENEIDAD MARGINAL			
	Valores distintos	Casos no diagonales	Sig. Asintót (bilateral)
1.GUSTA-TU-N Y 1GUSTA-TU-PA	2	5	,655
2.GUSTA-TU-H-N Y 2.GUSTA-TU-H-PA	3	8	,480
3.GUSTA-TU-C-N Y 3.GUSTA-TU-C-PA	3	12	,127
4.GUSTA-D-N Y 4. GUSTA-D-PA	3	9	,439
5.GUSTA-P-N Y 5. GUSTA-P-PA	3	8	,371
7.GUSTA-PR-N Y 7.GUSTA-PR-PA	3	9	,021
8. GUSTA-AM-N Y 8.GUSTA-AM-PA	3	6	,096
9. GUSTA-COM-N Y 9.GUSTA-COM-PA	3	8	,132
10. CAMBIA-N Y 10.CAMBIA-PA	3	8	,035
11.TRISTE-N Y 11.TRISTE-PA	3	8	,132
12.IRR-N Y 12.IRR-PA	3	4	,059
13.NERV-N Y 13.NERV-PA	3	9	,005
14.INC-N Y 14. INC-PA	3	6	,564

N: niño, PA: padre en la edad adulta. El resto de abreviaturas coinciden con contenido de las preguntas del cuestionario.

que los niños, el 66,7% frente al 46,7% de los niños. Los padres en la edad adulta se sienten mejor valorados por sus amigos que sus hijos, un 73,3%, frente al 46 % de los niños.

Items 9: ¿Te gusta cómo te comportas? Los niños refieren comportarse regular o mal en un 73,3%. Los padres en la infancia refieren comportarse regular o mal en un 80%. Los padres en la vida adulta regular o mal en un 60%.

El ítems 10: ¿Cambiarías algo de ti mismo? Los niños cambiarían poco de sí mismos en un 40%. Los padres en la infancia cambiarían mucho o regular en un 73,3%. En la vida adulta lo harían en un 80%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) al compararlo con sus hijos.

Items 11: ¿Cómo te sientes cuando hablas de ti mismo? Los niños reconocieron sentirse tristes (66,7%) e incapaces (53,3%). Los padres tristes (86,7%) y nerviosos (86,7%). Se aprecia significación ($p<0,05$) en relación a sentirse "nervioso". Los niños se sienten tranquilos en un 60%, frente a sus padres que se muestran tranquilos en sólo un 20%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

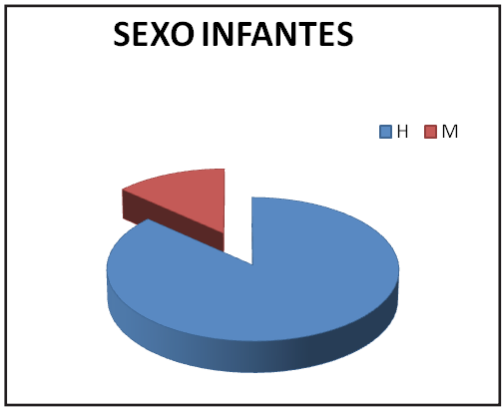
La importancia del concepto de "sí mismo" o self es incuestionable en relación al funcionamiento psicodinámico del ser humano. Por tanto, es necesario profundizar en el conocimiento del significado de este constructo para facilitar el manejo, la evaluación, el diagnóstico y posterior intervención psicoterapéutica de los niños y adolescentes que acuden a tratamiento.

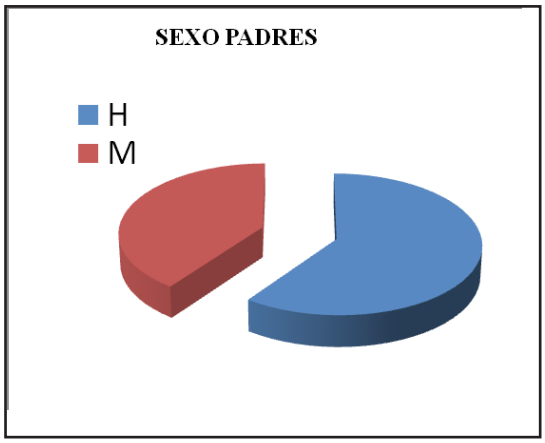
En el estudio aquí presentado, para seleccionar el padre de la pareja al que se le aplicaría el cuestionario, se pidió que identificaran aquel de ambos que tuviese más parecido a su hijo desde el punto de vista psíquico. Fue curioso observar como el niño, en muchas ocasiones, era identificado con el miembro de la pareja más débil, el de peor carácter, el más conflictivo o aquel que presentaba alguna dificultad en las relaciones interpersonales. Manejaban el

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

Fig. 2 VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Media	8,69
Desv. Típ.	2,42
Mínimo	5
Máximo	13
Percentiles 25	7
50	8
75	10





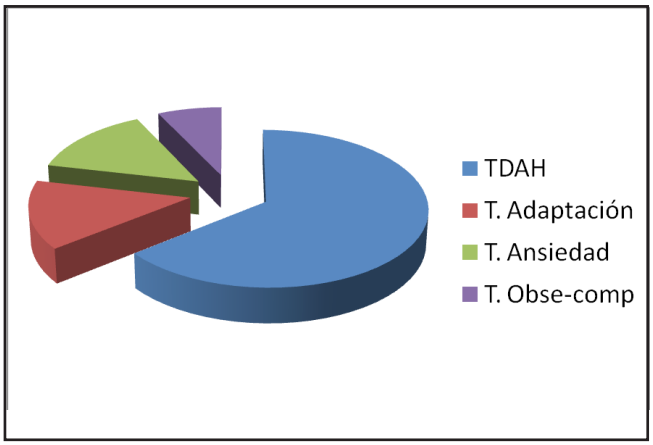


Fig. 3 ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

fantasma de la enfermedad mental con su hijo tal como lo habían hecho consigo mismo o lo habían temido de su pareja. F. A. Mitchell hace referencia a esta cuestión cuando refiere que cada bebe cuenta con toda una serie de posibilidades; las interacciones con las personas significativas disminuyen sus capacidades de elegir. Uno no puede transformarse en una persona en lo abstracto; lo logra adoptando una forma específica y bien delimitada y esa forma se adquiere en la interacción con las dotes temperamentales del bebé y los perfiles del carácter y las fantasías de los padres (Mitchell, 1993).

Se observa en relación a variables demográficas el predominio del sexo masculino tanto en la muestra de niños (87%) como de sus padres (60%) pudiendo esto estar en relación con la orientación diagnóstica, un 60% de los niños tenían como orientación diagnóstica el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), donde la diferencia de prevalencia por género es de 9 a 1 para el sexo masculino (Cardo, 2005).

Aludiendo ahora a los aspectos cognitivos del sí mismo, se advierte que hijos y padres coinciden en tener mejor imagen al respecto de sí mismos, que al respecto de la imagen que creen dar a los demás. Puede esto estar en relación con los mecanismos de supervivencia y defensa de la integridad propia. Mecanismos bien descritos por S. Freud cuando comenta que una parte en la autoestima es primaria: residuo del narcisismo infantil; otra procede de la omnipotencia confirmada por la experiencia; y una tercera, de la satisfacción de la líbido objetal (Freud, 1914).

Es importante resaltar como los hijos se sienten poco valorados por sus padres, profesores y compañeros en un alto porcentaje. Reflejando esto lo ya anteriormente referido de la relevancia de estas figuras en la configuración del sí mismo en las edades que incluye la muestra.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

Haciendo alusión a la manera en la que se perciben los padres decir que parecen tener peor imagen de sí que sus hijos en algunos aspectos: tienen peor imagen de sí que sus hijos cuando hablan de su infancia, y tanto en la infancia como en la edad adulta creen dar una mala imagen a los demás. Esto coincide con el estudio realizado por N.I. González y M. Gil que respaldan la evidencia empírica que informa de una relación significativa respecto a las estructuras de autoconcepto y autoestima entre madres e hijos. Encuentran que al comparar los rasgos con los que se describen las madres y sus respectivos hijos de dos muestras diferentes, una española y la otra mejicana, las madres mejicanas tienen una autoestima más favorable que sus hijos y las madres españolas poseen una autoestima ligeramente menos favorable que sus respectivos hijos (González, 2006).

Otro aspecto interesante es como los padres tienen peor imagen de sí en la infancia que en la vida adulta. L'Écuyer citado por M.C. Aguilar asegura que el concepto de sí mismo varía con la edad. En la vida adulta, los padres se sienten especialmente mejor valorados por sus jefes y compañeros de trabajo. Tal vez el trascurrir de los años, y con ello, el desarrollo de la vida laboral y social proporciona la adquisición de mayor seguridad en este ámbito (Aguilar, 2003).

Una particularidad a señalar, es relativo a como hijos y padres se sienten especialmente bien valorados por sus abuelos, presentándose ésta como la relación más beneficiosa. M. Bowen cuando habla en relación a la definición del sí mismo en la familia de origen resalta la importancia de la relación del niño con la familia extensa, asegurando que al mejorar la frecuencia y la calidad del contacto emocional con la familia extensa, mejora el nivel de adaptación de la familia (Bowen, 1979).

Destacar al respecto de los aspectos conductuales del sí mismo como hijos y padres se valoran de forma muy negativa en relación a la manera en cómo se comportan, sintiendo ambos especial necesidad de cambiar este aspecto. Esta observación puede estar matizada, al igual que el mayor porcentaje de hombres, por las características de la muestra, con un alto porcentaje de niños con TDAH, donde los trastornos conductuales definen el cuadro.

Referente a la afectividad A. Shore señala la relevancia fundamental de la dimensión afectiva de la experiencia desde el punto de vista del desarrollo del self (Shore, 1994). En la muestra aquí presentada se ve como hijos y padres se perciben tristes cuando hablan de sí. Los hijos más incapaces al habla de sí y los padres significativamente nerviosos. Se analizó en ambos la creencia en la necesidad de cambio, observándose mayor necesidad de cambio en los padres, a pesar de no ser ellos los que acudían para tratamiento.

Desde el punto de vista psicoterapéutico parece necesario aumentar la capacidad de los padres de observar y contener el sentir de los hijos, facilitando así la compresión general que los niños tienen de sí. P. Fonagy asegura que el proceso es intersubjetivo: el niño consigue conocer la mente del cuidador de acuerdo a cómo el cuidador intenta comprender y contener el estado mental del niño. No se nace con la capacidad de regular las propias reacciones emocionales. Un sistema regulador diádico se desarrolla en el que las señales de los niños de cambios en sus estados, momento a momento, son entendidos y respondidos por el cuidador permitiendo, de este modo, alcanzar la regulación de esos estados por sí mismo (Fonagy, 1999). Se ha demostrado además que para un óptimo desarrollo neurobiológico del niño es importante el mantenimiento de estados emocionales positivos en esta diada. La resonancia afectiva positiva crea un ambiente propicio para nuevos aprendizajes neuroquímicos que conduzcan a un óptimo desarrollo cerebral (Fosha, 2002).

A pesar de las deficiencias del estudio aquí presentado, la intención es que contribuya a un conocimiento más profundo de la relación entre los niños y sus padres y con ello, a un mejor manejo y una guía durante la intervención psicoterapéutica. Es imprescindible trabajar la manera en la que tanto hijos como padres se ven valorados por los demás, la valoración que los padres, profesores y compañeros hacen de estos niños y por otro lado, y tal vez con mayor intensidad que ningún otro aspecto, la manera en cómo se comportan. Prestar además atención al estado emocional de tristeza que hijos y padres refieren al hablar de sí mismo, a la sensación de incapacidad de los hijos y a lo nervioso que se muestran los padres cuando se les cuestiona sobre sí.

CONCLUSIONES

El reducido tamaño muestral y la aplicación de un cuestionario no validado hacen que los resultados no sean concluyentes, a pesar de lo cual:

1. Parece confirmarse la existencia de relación entre la imagen de sí de los niños y adolescentes y sus padres
2. Al comparar hijos y padres se observa:
   a. Ambos tienen mejor imagen al respecto de sí mismos, que al respecto de la imagen que creen dar a los demás
   b. Se veían más desfavorecidos al compararse con

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

los compañeros, que cuando lo hacían con sus hermanos
c. Se sienten regular o mal valorados por padres y profesores
d. Se sienten especialmente bien valorados por sus abuelos
e.Se valoran de forma muy negativa en relación a la manera en cómo se comportan
f. Se sienten tristes al hablar de sí mismos

3. A resaltar de los hijos que:
a.Se sienten regular o mal valorados por sus profesores
b. Se sienten tristes e incapaces al habla de sí mismos

4. De los padres decir que:
a. Tienen peor imagen de sí que sus hijos cuando hablan de su infancia
c. Tienen peor imagen de sí en la infancia que en la vida adulta
d. Tanto en la infancia como en la edad adulta creen dar una mala imagen a los demás, en mayor medida que sus hijos.
e. En la vida adulta, se sienten especialmente mejor valorados por sus compañeros y jefes
f. Sienten mayor necesidad de cambio que sus hijos.
g. Se sienten especialmente nerviosos al hablar de sí mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar M.C. (2003) Perspectiva biológica, cognitiva y experiencial del concepto de sí mismo. Rev. Psicol. Gral. y Aplic, 56 (2); 185-199

Bowen M. (1979) Dalla famiglia allìndividuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare. Barcelona; Editorial Paidos

Bowlby J. (1969) Attachement and loss. Barcelona; Editorial Paidos; 1998

Cardo E., Servera-Barceló. (2005) Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev. Neurol, 40(Supl 1): 11-15

Codina N. (2005) El self y sus pluralidades: el paradigma de la complejidad. Escritos de psicología, 7: 24-34

Fonagy P. (1999) Persistencia transgeneracionales de apego: una nueva teoría. Aperturas psicoanalíticas [Seriada en línea] [14 páginas]. Disponible en : www.aperturas. Consultado en Diciembre de 23, 2009.

Fosha D. (2002) True self, true other and core state: Toward a clinical theory of affective change process. [Seriada en linea] [37 páginas]. Disponible en: Los Angeles Psychoanalytic Society and Institute www.traumaresources.org/pdf/True_Self.pdf Consultada en Febrero 18, 2010

Freud S. (1914) Zur Einführung der narzisimus. En: Freud Obras Completas. Barcelona: Ediciones ORBIS; 1988; 11: 2017-2033

González NI, Gil M. (2006) Autoestima y socialización maternal: Un análisis transcultural. Lima; Editorial Persona; 2006; 9: 189-201

Klein M. Love, guilt and reparation and other works (1937). En: Obras completas I. Barcelona; Editorial RBA; 2006: 322-357

Maslow A.H. (1971) The farther reaches of human nature. Barcelona; Editorial Kairos; 2008

Mead GH. (1925) The genesis of the self and social control. Intern J. Ethics, 35 :251-277

Mitchell S A. (1993) Relational concepts in psychoanálysis: an integration. México DF; Editorial Siglo XXI.

Munné F. (2000) El self paradójico. La identidad como sustrato del self. En: Caballero D., Méndez MT., Pastor J. (Eds). La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, lenguaje y cultura. (pp. 743-749) Madrid: Biblioteca Nueva

Nosnik A. (1986) Las personas de James y Mead. Estudios de filosofía-historia-letras. [Seriada en línea] [15 páginas] Disponible en: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudios07/sec_12.html Consultado en Enero 12 de 2010

Schore A. (1994) Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. New jersey; Editorial. Lawrence Erlbaum Associates

Sullivan H. S. (1974) The interpersonal theory of psychiatry. Buenos Aires; Editorial Psique

Villa A., Auzmendi E. (1992) Medición del autoconcepto en la edad infantil. Bilbao; ICE Universidad de Deusto; Editorial Mensajero

Winnicott D W. (1945) Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis. En: Obras escogidas. D W Winnicott. Barcelona; Editorial RBA; 2006: 215-218

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967,

ALIANZA Y APERTURA DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN UNA NIÑA DE TRES AÑOS TESTIGO DE VIOLENCIA INTERPARENTAL. EL TRABAJO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

ALLIANCE AND OPENING OF THE THERAPEUTIC PROCESS IN A THREE YEARS OLD CHILD WICH WAS WITNESSED INTERPARENTAL VIOLENCE. WORK IN A CARE CENTER FOR CHILDREN

Rafael Delgado Campos*

RESUMEN

Trabajo de intervención terapéutica realizado con una niña de tres años en un centro de protección a la infancia, la cual fue testigo de violencia interparental dando lugar a una serie de síntomas emocionales y conductuales perturbadores del equilibrio de la menor y de la adaptación a su realidad escolar y social. Puesta en práctica de un encuadre entendido como sostén terapéutico así como de una aptitud empática que permitiera la escucha de la resonancia en el terapeuta de las emociones perturbadoras para la niña y su devolución a la misma de forma tolerable. Ello permitió la instalación de una alianza terapéutica y la producción de un material a través de dibujos y asociaciones verbales y lúdicas que posibilitó el inicio del tratamiento donde había inhibición y bloqueo.

PALABRAS CLAVE: Alianza terapéutica, mantenimiento del encuadre, adaptación del analista, aptitud empática materna, resonancia emocional.

ABSTRACT

Therapeutic intervention work carried out with a three years old girl in a center for child protection, which was witnessed interparental violence resulting in a series of emotional and behavioral symptoms that disturb the balance of the minor and adapt to their school and social reality. Implementation of a support frame seen as a therapeutic as well as empathic ability that allowed listening to the resonance in the therapist of the disturbing emotions for the girl and their return to it so tolerable. This allowed the installation of a therapeutic alliance and the production of a material through drawings and verbal and leisure associations which made possible the beginning of treatment where there was inhibition and blocking.

KEY WORDS: Therapeutic Alliance, maintenance of the setting, adjustment of the analyst, empathic mother aptitude, emotional resonance.

CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN Y ANTECEDENTES.

La intervención desarrollada en el caso que se expone se encuadra en las coordenadas del sistema de protección de menores, unos de cuyos recursos son los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid (CAI). Dichos órganos, tienen competencias en el área de protección en base a la Ley 6/1995 de 28 de marzo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, y se concretan en la valoración de menores en riesgo y/o desprotección, propuestas de intervención psicosocial con el grupo familiar y desarrollo de las mismas. Y, en caso de no modificación de los factores de riesgo, propuesta de medida de protección al órgano con competencia decisoria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Los Centros de Atención a la Infancia municipales tienen una distribución interdistrital y están compuestos por equipos integrados por un psicólogo/a, un trabajador/a social y un educador/a social. El presente

* Psicólogo de Centro de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid. Psicólogo de la Asociación Centro de Apoyo al Menor. Abogado. Dirección: C/General Aranda nº30, Madrid. E.mail: rafadelgados@yahoo.es . Tfno: 663538887

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

supuesto ocurre en un CAI de un distrito de Madrid.

El Equipo de Trabajo de Menores y Familia (E.T.M.F.), es un órgano de coordinación existente también en cada distrito y está compuesto por diferentes profesionales con competencias en menores, entre ellos el CAI como servicio especializado en infancia y familia, para la valoración colegiada e interdisciplinar de las situaciones de riesgo o desamparo en que pueden encontrarse los menores.

En dicha estructura se informaba de la existencia de un grupo familiar en el que había dos menores, a quienes llamaremos Manuela, de tres años y medio, y Paula, de dos años, las cuales convivían con la abuela paterna desde el nacimiento ante las dificultades parentales para hacerse cargo de modo directo y autónomo del cuidado de sus hijas. Entre los progenitores existía una relación de intensa conflictividad, dependencia y malos tratos recíprocos.

Se expuso que debido a una disputa entre los progenitores, el padre ingresó en Hospital por infarto cerebral tras un corte en el cuello por arma blanca. La madre fue detenida y tras los primeros trámites judiciales, se acordó su ingreso cautelar en Centro Penitenciario hasta que tuviera lugar el juicio, debiendo calificarse la autoría de los hechos como presunta, en el momento del E.T.M.F., en consideración al derecho a la presunción de inocencia. Como consecuencia de la agresión las capacidades cognitivas y foniátricas del padre se vieron seriamente deterioradas. Tras el alta hospitalaria fue derivado a un centro de tratamiento y rehabilitación, conviviendo en el domicilio de la abuela con las hijas y una hermana mayor de edad.

Manuela fue testigo presencial de lo ocurrido, manifestando en el periodo posterior a los hechos descritos pesadillas, temores nocturnos, llanto y dificultades de separación de la abuela en el ámbito doméstico, además de irritabilidad, llanto e inhibición en la escuela infantil a la que acudía.

Se acordó la derivación del caso al Centro de Atención a la Infancia para valoración de la situación personal de la menor y de la intervención conveniente así como para valorar la formalización del acogimiento de las menores solicitado por la abuela.

Tras las primeras entrevistas de valoración, se decide dar un espacio de apoyo terapéutico a Manuela mediante entrevistas. Dicho espacio será independiente de las entrevistas realizadas con objeto de valorar la pertinencia de formalizar el acogimiento.

ENTREVISTAS CON MANUELA

En la sesión inicial con Manuela, ésta se muestra con dificultades para separarse de su abuela. Se sitúa junto a la misma y permanece la mayor parte del tiempo sin distanciarse de ella. Su expresión es asustadiza, su mirada temerosa y su actitud inhibida. Los juguetes y material de pintar existentes en la sala no llaman su atención. Las asociaciones mentales que van surgiendo en el terapeuta tienen que ver con la fuerza traumática de la percepción por la menor de la agresión al padre, con un exceso de realidad y de violencia perturbador del equilibrio de la menor. También con el sentimiento de desamparo que debió sentir M. al verse privada de manera abrupta de la presencia y compañía de su madre y de su padre; la primera por la detención policial y decisión judicial de privación cautelar de libertad, y el segundo por la necesidad urgente de intervención médica.

El temor a una nueva separación de un familiar parece presente cuando viene a un sitio desconocido y se está con alguien extraño a la vez que evoca las ansiedades de separación de la época más temprana de su vida. Intento que dichos temores y ansiedades tengan acogida por mi aparato psíquico y entiendo que la forma en que Manuela puede sentir que me hago cargo de ellas y de su impacto traumático es respetar la forma en que puede presentarse junto a su abuela. No es tiempo de devoluciones esta primera sesión aunque sí de que pueda sentir que es un lugar de ayuda y comprensión y le indico que veo que su abuela es muy importante para ella y que estará aquí un ratito y luego se irá con ella. En otros días podrá volver a venir aquí, también con su abuela y cuando me vaya conociendo podremos jugar o dibujar para que yo comprenda como se siente y ayudarla a estar bien, y también se irá después con su abuela.

Manuela se mantiene en similar actitud en las siguientes dos sesiones, debiendo estar presente su abuela durante el desarrollo de las mismas. En éstas inicio juegos con muñecos o con marionetas poniendo en práctica un espacio lúdico en el que pudiera sentirse llamada a participar. Manuela observa mis intentos aunque parece mostrarse decidida a no intervenir. Cuando su abuela la invita a jugar conmigo su contestación siempre es la misma: “No” Siento que la negación condensa temor, inquietud y confusión y me parece desprovista de enojo u obstinación. Tras nuevas sesiones identifico en mí sentimientos de frustración y dudas sobre si es la forma adecuada de funcionar en las entrevistas. Pienso en que tales sentimientos deben venir también de Manuela y facilitan el entender un poco más el estado interno de la menor.

Las asociaciones que se me suscitan tras estas ideas

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

se relacionan con la necesidad que la menor puede tener de mantenimiento constante de las condiciones en que tienen lugar las entrevistas como una manera de aportar elementos de estabilidad, necesarios en la etapa de pérdidas, frustraciones y dudas en que se haya Manuela. Es conocido que cualquier modificación en el encuadre despierta ansiedades intensas, desorganizantes, y, en las circunstancias sufridas por la menor adquirirían las mismas una importante calidad desestabilizadora.

A su vez se me presenta como útil el hecho de continuar respetando su necesidad de estar junto a su abuela.

Así transcurre otra sesión más.

En la quinta entrevista vuelvo a poner en práctica intentos de que se instale un espacio entre dos trayendo a la sesión el juego del garabato. Parecía fuera de duda que Manuela no estaba en un momento en el que fuera a transformar en algo el garabato que yo dibujara, de manera que diera lugar a una alternancia de dibujos en un proceso compartido. Pero sí se aparecía como una oportunidad para facilitar la comunicación con la niña y desbloquear su capacidad de jugar. Realicé varios garabatos hablando en voz alta de las figuras en que mis asociaciones las convertían de manera espontánea.

Empecé a tener la impresión de que en la mirada de Manuela, además de las sensaciones presentadas en las primeras sesiones, comenzaba a existir un matiz nuevo, quizá curiosidad.

Se animó y tomó dos lápices de colores, uno verde y otro azul. Realizó el dibujo número 1.

Era clara la necesidad de atender a las asociaciones de pensamiento de M. a partir de su primera producción y evitar hacer interpretaciones según el imaginario del terapeuta. Sin embargo dichas asociaciones no llegaban, al menos de manera verbal o lúdica ¿Y cómo podían entenderse las ideas que suscitaba el dibujo ofrecido por Manuela? ¿No había dos colores diferentes, enganchados y enfrentados? ¿Y un círculo no pequeño como un ojo asombrado que está observando dicha confrontación de colores? ¿No eran unos garabatos hechos con formas agudas y fuerte presión en el trazo? ¿No podía estar condensando el dibujo lo traumático vivenciado, la dimensión escópica en la que se produjo la percepción de la experiencia y la intensidad de las emociones a que ello dio lugar ya fueran angustia, miedo o rabia?

Quizá era necesario atender a las asociaciones propias, pensando que todas estas preguntas no eran sino una manifestación de la comunicación emocional de Manuela; la manera que, en este momento, tenía de poder hacer llegar su estado interno y la forma en que le hacía sentir.

Puede que fuera pertinente poner a su disposición el aparato psíquico del terapeuta y sus funciones y facilitar palabras a lo que Manuela estaba ofreciendo, como una forma de mostrarle y compartir con ella que lo real presenciado podía transitar del significante del dibujo a lo simbólico de la palabra: "Creo que me quieres decir que viste algo, difícil de comprender, pero que te hizo sentir mal y todavía lo pasas mal."

En la siguiente sesión Manuela aceptó volver a tomar las pinturas y dibujar. Mientras se hallaba dibujando, su abuela le dijo que iba al baño y que la esperaba fuera, tolerándolo su nieta. Ésta produjo una serie de dibujos con aparentes similitudes y con algún detalle diferenciador en alguno de éstos, tal y como se puede apreciar en la reproducción de los mismos. (Dibujos 2 a 7). Al ser preguntada por los elementos de los dibujos la niña se refirió a la raya que cortaba algunos de ellos verbalizando "pupa de papá". Parecía verosímil que Manuela había realizado una serie de dibujos sobre la cabeza de su padre incluyendo en algunos la herida sufrida por el progenitor y observada por la menor. El ofrecimiento de este material debía ser acogido con otro ofrecimiento que diera a entender que se comprendía su comunicación y que se asumía su contenido, no siendo ella ya la única depositaria del impacto traumático percibido. "Ahora entiendo que estabas delante cuando papá sufrió la pupa y que lo viste, y que fue algo que te debió asustar mucho y que todavía te hace sentir mal."

Las asociaciones inmediatas posteriores durante esta sesión se produjeron a través del dibujo y del juego y son las siguientes:

- Serie de dibujos en la pizarra realizados con tizas de dos clases:

- Con formas puntiagudas y agresivas, los cuales realiza repetidas veces utilizando una silla para llegar a partes de la pizarra donde no alcanzaba. ¿Podía ser una referencia a los sentimientos de rabia y hostilidad no expresados por haber percibido la agresión de la madre al padre, y que ahora sentía que podía liberar y afrontar de otra manera al hacerlo de forma compartida y presenciando que el otro no era desbordado por ello? Se pusieron palabras nombrando lo emocional que estaba dibujando en el sentido siguiente: "Veo que te da mucha rabia el haber visto lo que le pasó a papá"

- Con forma de garabato embrollado y lioso. ¿Constituía una expresión de su confusión por la situación familiar en la que se encontraba?: Abuela paterna que hace

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

funciones de cuidado y provisión afectiva y material, como una madre; madre biológica a quien ha dejado de ver de forma abrupta y permanente, padre con discapacidad cognitiva y neuronal severa en el domicilio. Nuevamente se le ofrecieron palabras indicando que ahora comprendía lo liada que se encontraba por como son ahora las cosas en la familia.

- Edificación de dos torres con las piezas de una construcción, realizando acciones manuales para sostener las mismas y que pudieran crecer a lo alto, una más alta que otra. ¿Suponía dicho juego una referencia al crecimiento que podía seguir realizando ella a pesar de sus circunstancias actuales y, junto a la misma, su hermana menor, a quién traía en palabras al comienzo de la sesión diciendo a su abuela que estaba mala? Dicho juego fue también correspondido con palabras relativas a que estaba siendo capaz de hacer crecer las torres y que éstas se sostenían, sin caerse, y que me parecía que también las torres eran su hermana y ella que tenían ganas de seguir creciendo.

Manuela hizo un comentario acercándose el final de la sesión: "Ya no quiero dibujar más.", acompañado de una expresión relajada en el rostro. El contacto con una experiencia en la que se podía afrontar el recuerdo traumático así como realizar una plasmación del mismo permitía experienciar que podía representar y tratar de elaborar lo traumático vivido. Ello podía suponer un primer paso en el camino de prevenir la instalación de mecanismos poco adaptativos como la evitación, y contactar con otros más avanzados, ensayados en la expresión pictórica o lúdica, que dejaran la puerta abierta a una posible instalación de mecanismos como la sublimación que permitan un mejor manejo en el futuro de la realidad que le ha tocado a Manuela.

INCIDENCIAS Y REFLEXIONES

Volviendo a pensar la evolución e incidencias de las primeras sesiones, algunas consideraciones aparecen como útiles a la hora de haber podido dar lugar a un comienzo donde había inhibición y bloqueo:

- Sostenimiento de la confianza en la consecución de una alianza terapéutica no obstante las aparentes condiciones de dificultad debidas a la corta edad de la niña o la afectación a nivel emocional debido al impacto traumático. Parecía que Manuela presentaba, en el momento de las sesiones iniciales, una capacidad de comprensión superior a su capacidad de expresión por las circunstancias descritas y que ello era suficiente para permitir una alianza terapéutica implícita en línea con lo teorizado por Didier Houzel. (Houzel, 2000) Dichos sostén y capacidad pudieron posibilitar el encuentro y la instalación de una gradual colaboración.

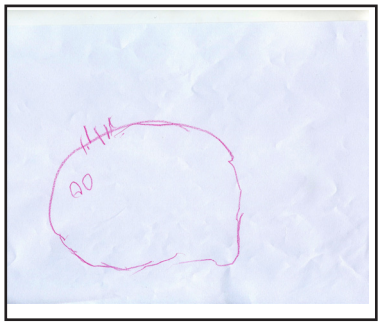
- Establecimiento de un encuadre en el sentido ofrecido por Winnicott, equivalente a sostén terapéutico (Winnicott, 1971). El posicionamiento no premeditado de las primeras sesiones de admitir la necesidad de Manuela de permanecer junto a su abuela y reconocer que era la única forma que ella tenía de enfrentar las cosas en aquel momento, quizá tenía que ver con la actitud analítica formulada por el autor británico de "adaptación suficientemente buena del analista" o un "portarse bien". La constancia y estabilidad de las condiciones materiales de frecuencia, duración y espacio de las sesiones eran básicas como presupuesto del encuadre, si bien se aparece como un complemento indispensable del mismo la presencia de una actitud sostenida de tolerancia hacia sus negativas, en las cuales ofrecía su temor y confusión, y la permanencia del "psiquesoma" del terapeuta a pesar de la cualidad perturbadora de dichas emociones.

- Atención a las comunicaciones emocionales de Manuela y a la resonancia emocional que las mismas estaban originando en el terapeuta. El constituirse en depositario de la realidad psíquica que estaba perturbando a la niña, la observación contenedora de aquélla y la verbalización de sus vivencias de angustia y confusión sin sentirse desbordado, pudo dar lugar, quizá, a una sensación de comprensión en la menor y a la impresión de que podía hacerse frente a las emociones proyectadas. Todo ello en consonancia con intentar una relación en reverie con Manuela desde las propuestas de Wilfred R. Bion ensayando una capacidad empática materna que permitiera transformar los miedos y ansiedades impensables de la niña en elementos psíquicos pensables y más soportables. (Bion, 1962).

- El factor provisor del inicio de un espacio compartido pudo ser el señalamiento en los dibujos, y pudo llegarse a él por la combinación de dos elementos, tal y como argumenta Annie Anzieu: el reconocimiento del sufrimiento de Manuela y la utilización de la palabra en primera persona. (Anzieu, 2000). En el primer caso, mediante el señalamiento relativo a la angustia de Manuela (pasarlo mal, asustarse) que estaba dando lugar al sufrimiento manifestado en la sintomatología presentada. En el segundo caso, como una forma de transmitir que el terapeuta se hacía responsable personalmente de lo que la

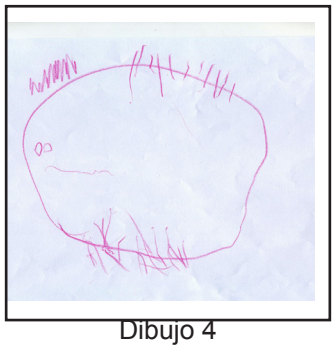
© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Dibujo 1

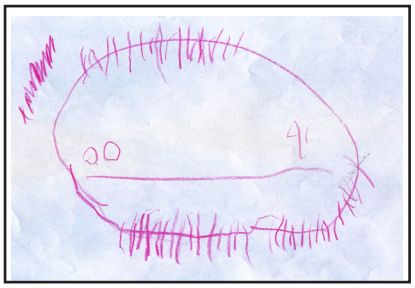


Dibujo 2

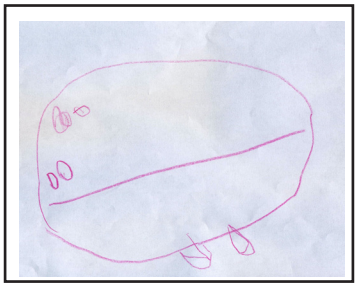
Dibujo 3



Dibujo 4



Dibujo 5



Dibujo 6

Dibujo 7

niña dejaba ver por primera vez, con su carga de violencia, que podía asumir dicha carga y contenerla a pesar del desbordamiento al que estaba dando lugar.

- Necesidad de encontrar un equilibrio entre el respeto a las posibilidades expresivas y representativas de Manuela derivadas de su edad y estado emocional, y la conveniencia de encontrar una conexión con la niña que permitiera el establecimiento de un espacio compartido y una dinámica transicional. Ante la falta de asociaciones verbales en su primer dibujo, ¿habría sido necesario esperar más hasta que las mismas llegaran en éste o, eventualmente, en otro dibujo? ¿No podría ser sentida esta espera ante el primer material ofrecido por Manuela como insensibilidad o inhibición? No obstante la necesidad de primar las asociaciones verbales respecto de

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

los elementos del dibujo, en ocasiones las mismas no se producen. Una manera, entonces, de continuar puede ser, como recuerdan Blinder, Knobel y Siquier, la planteada por Guy Rosolato de "interrogar a la obra, intentar percibir su voz." Y cómo aquéllos proponen para tales casos, pensar la interpretación del dibujo desde "…el impacto que su peculiar y específica encarnación nos produce, nos sobrecoge, a veces por los detalles, los rasgos…" y desde "…los significantes pictográficos que por su condición de no-simbolizables de otra manera (no procesados por el proceso secundario) están allí." (Blinder, Knobel y Siquier, 2004)

La serie de dibujos sobre la cabeza del padre dio lugar a asociaciones de Manuela, en forma verbal y lúdica y permitieron entender, un poco más, cómo ella se estaba sintiendo. El respeto a las posibilidades representativas de la niña fue lo que determinó que se pusieran palabras al material que fue emergiendo: "pupa de papá" o juego de torres creciendo a lo alto, y que se fuera cauto respecto de otros detalles, sugerentes pero no desarrollados con asociaciones propias de Manuela como las piernas que aparecen en los dos últimos dibujos de la cabeza del padre.

- La puesta en palabras de lo que se pudo comunicar por Manuela a través de sus dibujos, y el ofrecimiento de una breve narrativa (haber visto algo; la hizo sentir mal; haber visto la pupa de papá, se asustó, le dio rabia, se siente liada, ganas de seguir creciendo) permitió tanto el reconocimiento de emociones y temores, como la localización de los mismos en un registro simbólico en la realidad intrapsíquica de la niña, más fácil de tolerar. En el sentido afirmado por Arminda Aberastury respecto de la imagen traumática el descubrir "cómo recrearla y retenerla mediante dibujos disminuye la angustia" (Aberastury, 1973). Y sin embargo, no era este espacio abierto el más importante en este momento, sino el relativo a descubrir que las cosas que le estaban pasando, cómo ella se estaba sintiendo era por algo, tenía un sentido y el darse cuenta de ello en una experiencia compartida le permitía sentirse aliviada de su sufrimiento y síntomas pudiendo continuar por este camino.

INTERVENCIÓN COMPLEMENTARIA

Desde otro profesional del equipo se abrió un espacio de intervención con la abuela de M, con objeto de que pudieran desplegarse determinadas cuestiones de necesaria incidencia en el acogimiento y para posibilitar un desarrollo del mismo lo más beneficioso para la menor:

Permitir el reconocimiento y expresión de sentimientos lógicos como la rabia y la animadversión hacia la madre de su nieta. Promover la reflexión sobre lo beneficioso que será para su nieta el que ella como acogedora distinga los sentimientos propios de los sentimientos que pueda ir desarrollando Manuela cuando vaya siendo consciente de las consecuencias de la agresión.

Sostén de la acogedora y ofrecimiento de un espacio para recoger los sentimientos de duelo derivados de la pérdida de su hijo en las condiciones de antes de la agresión.

Orientación en trámites administrativos y derivación a recursos competentes de cara al acceso al reconocimiento de la situación de incapacidad y dependencia de su hijo con el fin de que el padre de las menores pudiera beneficiarse de las pensiones y recursos de centros de día existentes.

Por otro lado, se realizaron coordinaciones con la Trabajadora Social del Centro Penitenciario donde se encontraba interna la madre con objeto de conocer la situación penitenciaria de la misma de cara a un posible escenario de comunicación maternofilial si el mismo resultaba beneficioso para Manuela y Paula.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1973). Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidos.

Anzieu, A. Cómo se habla a los niños. En Geismann, C. y Houzel, D. (Ed.) (2000) El niño, sus padres y el psicoanalista. Madrid: Editorial Síntesis. 129-146.

Bion, Wilfred, R. (2003). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidos Ibérica. (Orig. 1962)

Blinder, C., Knobel, J. y Siquier, M.L. (2004) Clínica psicoanalítica con niños. Barcelona: Editorial Síntesis.

B.O.E. nº 0183 de 2 de agosto de 1995. Ley 6/1995 de 28 de marzo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

Bolwy, J. (2006). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ediciones Morata. (Orig.1979).

Freud, S. (1997). La dinámica de la transferencia. Ob-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva. (Orig. 1912).

Freud, S. (1997) La iniciación del tratamiento. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva. (Orig. 1914).

Houzel, D. La alianza terapéutica. En Geismann, C. y Houzel, D. (Ed.) (2000) El niño, sus padres y el psicoanalista. Madrid: Editorial Síntesis. 175-186.

Ilustre Colegio de Abogados de Madrid. 2.000. Textos legales. Ley 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.

Winnicott, D.W. (1982). Realidad y juego. Barcelona: Editorial Gedisa. (Orig. 1971)

Winnicott, D.W. (1993). Clínica psicoanalítica Infantil. Buenos Aires: Editorial Lumen. (Orig. 1971)

Ulriksen de Viñar, M. (2002). Construcción del encuadre en psicoanálisis de niños. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Nº 96. 24-30.

Uribe Aramburu, N. (2009) El dibujo y la simbolización en algunos casos de maltrato infantil. Una mirada psicoanalítica. Revista Affectio Societatis. Vol. 6. Nº 10. 1-13.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LA VIOLENCIA DEL PADRE Y SU REPERCUSIÓN EN EL HIJO ADOLESCENTE

HOW THE FATHER'S VIOLENCE INFLUENCES HIS TEENAGE SON

Sabin Aduriz Ugarte*

RESUMEN

Deseo exponer, desde una perspectiva psicoanalítica, el problema que supone para el hijo varón adolescente la violencia de su padre, en tanto influye en la asunción de su identidad sexual y en su compromiso con la realidad. La vía privilegiada a través de la cual el adolescente capta la violencia del padre es la de la identificación, sea como identificación con el agresor o instalándose el lugar de víctima pasiva. En este último destino se produce una fijación masoquista en el adolescente a hacerse pegar, a excitar la violencia del otro, a perderse él mismo. A través de un caso clínico se muestra que es esencial que en el vínculo terapéutico se puedan desplegar los fantasmas de la escena primaria, las imagos materna y paterna que marcan la vida del paciente, para hacerlas conscientes y poder transformarlas para que el sujeto no quede fijado en la posición de víctima.

PALABRAS CLAVE: violencia paterna, identificación, pasivizacion, escena primaria.

ABSTRACT

I wish to lay before the problem posed to the teenage son of his father's violence, whiletaking influences sexual identity and its commitment to reality. The privileged way through which the adolescent captures the father's violence is the identification, whether as identification with the aggressor or settled place of passive victim. In the latter destination there is a masochistic fixation on the teen to become hit, to excite the violence of another, to loss himself. Through a clinical case shows that it is essential that the therapeutic relationship can be deployed the ghosts of the primal scene, the maternal and paternal imagos that mark the life of the patient, to make them aware and to transform them in order to the teen isn´t tight as a victim.

KEY WORDS: father`s violence, identification, passivity, primal scene.

1. EL ADOLESCENTE AFECTADO POR LA VIOLENCIA PATERNA

Deseo exponeros el problema que supone para el hijo varón adolescente la violencia de su padre. Tal maltrato hiere al adolescente donde más le duele e influye en la asunción de su identidad sexual y en su compromiso con la realidad.

Pero además quiero plantear que el enfoque de esta situación desde una perspectiva psicoanalítica implica que el adolescente no quede fijado en su condición de víctima sino permitirle reconocer sus servidumbres, para que al liberarse de sus ataduras pueda rescatar su ilusión de crear y de vivir.

En primer lugar hay que dar todo su peso al hecho de que la violencia del padre ha estado apuntalada en nuestro país, en nuestro medio social, en una mentalidad autoritaria que ha otorgado al padre un poder abusivo sobre su mujer e hijos. No debemos olvidar que el marco social y cultural influye sobre el psiquismo individual, al incidir sobre los modos como se configura la subjetividad. Sabemos que la mentalidad autoritaria propicia la culpa y el temor al castigo.

Cuando hablo de la violencia del padre sobre su hijo adolescente me refiero a un conjunto de modalidades, que pueden darse en su totalidad o sólo algunas de el-

* Miembro titular de la APM. Miembro de Sepypna. c/ Arzobispo Morcillo 12, 2º B, Madrid 28029. E-mail: sabinaduriz@gmail.com

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

las: el maltrato físico y el ejercicio del insulto y de la humillación, así como la violencia ejercida por la certeza de tener la razón y, por ende, de tratar de imponerla con rigidez, inflexibilidad e impenetrabilidad. El padre que no se mueve de su verdad ni se conmueve, que nunca pregunta ni toma en cuenta lo que su hijo quiere, que no reconoce lo propio de su hijo, está incapacitado para escucharlo y para ponerse en su lugar. Esta violencia desespera, deshumaniza, anula al hijo como sujeto y produce una herida duradera en su amor propio. Precisamente si el adolescente tiende a provocar a su progenitor, en el sentido del pro-vocare, de la llamada al otro para hacerlo trabajar psíquicamente con sus retos y sus salidas de tono, y su progenitor se mantiene impermeable a esta llamada, a esta confrontación que le propone, el adolescente va a sentirse profundamente herido y decepcionado.

Pero la violencia del padre no va a quedar en una simple decepción. La vía privilegiada a través de la cual el adolescente capta la violencia del padre es la de la identificación. Mediante la identificación el padre pasa de ser una figura externa a formar parte del mundo interno del joven; éste interioriza no sólo ciertos rasgos y comportamientos del padre sino lo que podríamos llamar el fantasma del padre violento. La identificación puede manifestarse de diversas maneras, una de las principales sería como identificación con el agresor, a través de la cual el sujeto mismo se convierte a su vez en un ser violento. Esta forma de identificación siempre está presente de un modo manifiesto o latente, pero yo quiero referirme más bien a identificarse con el lugar de víctima pasiva.

Para el adolescente varón será muy importante poder tomar de su padre o de las personas que puedan sustituirle y ocupar su lugar, los atributos o las insignias que le permitan sentirse un hombre y construir su identidad masculina. Este "tomar" al que me refiero no es algo meramente imitativo sino un proceso que pasa por cuestionar los ideales transmitidos por el padre para quedarse con algunos y rechazar otros. Precisamente este proceso puede ser bloqueado por la incorporación psíquica de un padre violento.

Decía que ser víctima pasiva es uno de los destinos de la identificación con un padre violento. La pasividad es un concepto complejo y rico en sentidos, yo me refiero a la actitud pasiva que consiste en no tomar iniciativas, esperar que el otro diga lo que uno es y lo que uno ha de hacer, amoldarse y complacer a los otros, no enfrentarse y no decir "no" por miedo. Esta pasividad tiene grandes consecuencias en todas las actividades propias del joven, pero en especial en la relación con sus compañeros y con sus amigos. El adolescente pasivo puede sentirse como un niño débil y su conciencia moral juzgarlo como un ser inocente que conserva un mundo infantil idealizado y protegido de la sexualidad genital. A causa de esto es muy fácil que pueda convertirse en blanco de bromas y burlas sin poder responder a ellas y, en general, estar expuesto a ser excesivamente influido por lo que puedan decir o pensar los otros. Si uno no puede decirle "no" a otro tampoco puede creer en sus propios juicios, defender sus propias ideas y confrontarlas con los demás disponiendo de un sitio propio para pensar y para decir.

La posición de ser víctima pasiva lleva aparejada una inhibición de la agresividad, de esa agresividad necesaria para vivir, para respetarse y ser respetado. Es preciso diferenciar la violencia de la agresividad, la primera tiene un fuerte componente destructivo y la segunda está al servicio de la necesaria discriminación del otro y de la vida. El hecho de vivir en el papel de objeto marcado por la violencia paterna puede favorecer que la emergencia de los impulsos agresivos inconscientes pueda ser experimentada por el sujeto como la posibilidad de que se realicen en la realidad y ante ello han de ponerse en marcha urgentes medidas defensivas que inhiben radicalmente toda agresividad. Un arañazo producido en una pelea con un compañero de clase puede despertar el miedo de haberle sacado un ojo y acompañarse de un terrible sentimiento de culpa.

Una de las tareas fundamentales de la adolescencia es la de representarse el adolescente como un sujeto producto del encuentro de dos deseos, el de su madre y el de su padre. Los psicoanalistas llamamos a esto construir internamente una escena primaria, en la que el sujeto pueda imaginarse excluido de la relación sexual entre sus padres pero a la vez pueda rescatar la curiosidad y los deseos activos que le suscita esta escena. La escena primaria está configurada por la imago materna y por la imago paterna y por la conjunción entre ambas. La imago sería la construcción de una figura animada por el deseo inconsciente. Los materiales con los cuales se construyen las imagos son restos de cosas vistas u oídas, es decir, restos de percepciones de los vínculos con los padres que son transformados por los deseos inconscientes.

El padre violento contribuye a que el hijo construya una escena primaria sádica y violenta entre sus padres, a menudo la figuración de un padre que trata mal a una mujer, con la cual el hijo se siente fuertemente identificado. Pienso que la imago paterna está hecha de una mezcla de idealización del padre, orgullo paterno, temor y pro-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

fundo rechazo y odio al padre. Ese padre es inalcanzable, tocado a veces por la suerte del genio; autosuficiente y orgulloso, jamás se rebaja, no necesita de nadie; ese padre es un deus ex machina, causa de todo. Pero asimismo es muy difícil expresar lo que es, puesto que a menudo el joven tiene la convicción de que es preciso haber sufrido en propia carne la violencia para hacerla creer. Esta imago le deja al adolescente ante la necesidad de protegerse en la madre, pero a la vez queda inerme ante una imago materna omnipotente. En la relación cotidiana con la madre si su hijo se altera, se enfada, grita o se descontrola y su madre le dice: "eres como tu padre", este juicio rápidamente le lleva al hijo a imaginarse como un padre que maltrata, dificultando y mucho el proceso de separación psíquica de su madre. A menudo el hijo adolescente insiste en que la madre le ve a veces como su pareja, como si fuera su padre. La manifestación de los afectos en la relación con la madre puede verse seriamente comprometida. Todo esto va a tener un profundo efecto en la relación con las chicas, como si una maldición o una compulsión a repetir un fracaso se hubiera instalado ahí. El adolescente puede sentir por ejemplo que si toca a las chicas las rebaja, les falta al respeto.

He mencionado antes que la identificación con el padre como hombre es esencial para que el adolescente construya una identidad masculina; ahora bien, para que se produzca esta identificación es condición que el adolescente ame a su padre y que ese amor se transforme en una identificación con él. Sabemos que desde la mentalidad autoritaria no está bien visto que los hombres manifiesten sus afectos. La violencia paterna coadyuva a la inhibición radical de este amor y facilita una intensa erotización inconsciente que se degrada en un vínculo sado-masoquista. ¿Cómo se manifiesta este vínculo? Especialmente por una fijación masoquista en el adolescente a hacerse pegar, a excitar la violencia del otro, a experimentar situaciones que le conducen a perder cosas, a perderse él mismo, a ser en ocasiones el hazmerreír.

Desde la perspectiva del psicoanálisis no podemos contentarnos con exponer los efectos de la violencia paterna, dejando a nuestro adolescente fijado al estatuto de víctima; ya que ser víctima es una forma de ser. Recuerdo una entrevista a un preso en la que ante la pregunta: ¿Quién eres?, repetía una y otra vez: "yo soy pirómano": era su orgullosa identidad. Es preciso por tanto trascender este lugar de víctima. Como decía Bárbara Dürhkop, viuda del senador Enrique Casas, asesinado por ETA, en El País del 27 de Enero de 2006: "La grandeza de las víctimas está en trascender el propio dolor para lograr ver otro camino, quizás largo y doloroso, pero viable y esperanzador, intentando superar odios y rencores".

Como psicoanalistas hemos de tener la suficiente sensibilidad y capacidad de contención para que el adolescente sienta confianza para animarse a compartir su dolor. Pero asimismo tenemos la responsabilidad de ayudarle a trascender su papel de víctima. En primer lugar favoreciendo que pueda mostrar su genuina agresividad para confrontarse con su padre y con los otros, que pueda rescatar su propio amor propio y su carácter para enfadarse y decir "no", saliendo de la situación pasiva de complacer a los demás o de vivir satisfacciones masoquistas.

Pero además es esencial que pueda desplegar sus fantasmas de la escena primaria para ser consciente de ellos y poder transformarlos: el paciente que presento más adelante tenía la fantasía "de ser hijo de una Virgen madre unida a un Dios que pone los niños dentro de ella". En esta fantasía inconsciente Dios Padre es quien premia y castiga y no hace falta que el adolescente sea responsable de sus actos, ya que tal responsabilidad está proyectada en Dios. Asimismo nos hallamos en muchas ocasiones ante la disyunción: "o con mamá o con papá", por la que irse con papá es alejarse de mamá que se queda sola y a la que puede pasarle algo, e irse con mamá es estar seguro pero quedarse encerrado en ella y pensar como ella piensa. Podemos constatar como el adolescente no encuentra en esta alternativa su propio lugar como sujeto. También deseo incluir aquí la fantasía de que la misión del adolescente sea matar al padre tirano.

Es vital esclarecer este mundo de fantasías para que el adolescente pueda asumir una posición activa ante los estudios y ante la vida. En esta perspectiva podemos situar la construcción y disolución de la fantasía: "que la madre, como hada buena, me rescate del padre-ogro", haciéndose cargo de las cosas del adolescente, sacándole "las castañas del fuego". Esta fantasía conduce al adolescente a esperar la salvación de la madre, la protección de ella del principio de realidad, inhibiéndose frente a dicha realidad. Al elaborar esto, nuestro joven cae en la cuenta de que se había apoyado en la omnipotencia de la madre para defenderse de la situación con el padre, pensando que la madre iba a sacarle de cualquier apuro, pero a condición de dejar las cosas en sus manos, sintiendo que las cosas no son para sí sino para ella, por ejemplo el estudio. Descubre que ha buscado esta protección porque el padre ha representado una ley de vida que a él le producía miedo a la vida, figuración de un mundo hostil como principio de realidad. Por ello es preciso que

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

el adolescente elabore la hostilidad hacia el padre para tener una relación creativa con la realidad.

Finalmente es muy importante para el adolescente hacer el trayecto que va desde "mi madre me ve a mí como su pareja" al descubrimiento de "me da vergüenza reconocer que a veces siento que mi madre no es mi madre, es otra cosa, es como mi cónyuge, puede ser que por eso no puedo decirle que está guapa o que voy a echarla de menos". Dar este paso significa reconocer el deseo edípico incestuoso que anida en el corazón del adolescente, para así poder renunciar a él y poder amar a una chica. Este camino complejo y hermoso pasa también por reconocer al padre, echarle de menos en lo que puede aportar y darse cuenta de que aquel hombre temible pero ideal ha envejecido, y que por tanto el hijo adolescente ya no es un niño, puede morir un día y ahora puede confrontarse de tú a tú con el padre.

2. MATERIAL CLÍNICO

Para profundizar en lo mencionado anteriormente voy a exponer de forma sucinta el caso clínico de un paciente de casi 17 años. Su madre me llamó para pedir una consulta por su hijo. Éste había sufrido una situación humillante en el colegio: un compañero había dibujado una viñeta ridiculizando a Alejandro, viñeta que pasó de mano en mano provocando en Alejandro una inmensa vergüenza y un fracaso académico en la primera evaluación. Más tarde me enteré de que este compañero había sido hasta entonces el mejor amigo del paciente y se había vengado de su inferioridad física y académica.

En la entrevista con la madre me contó que se separó del padre de Alejandro cuando este tenía un año a causa de los malos tratos que padecía: su marido la humillaba psicológicamente, llegando en ocasiones a agredirla también físicamente.

Durante el primer año de tratamiento Alejandro describió con insistencia y minuciosidad escenas en las que había sufrido una violencia psíquica paterna: era obligado a ir de vacaciones con su padre, su padre le metía la cabeza en el agua del mar para fortalecer a su hijo, su padre le había insultado llamándole cobarde, marica, etc. Le había exigido que limpiara con su camiseta los vómitos de su hermana pequeña. Ahora le imponía clases particulares de ciertas asignaturas que él mismo le impartía. La lista de agravios era infinita y ocupaba la mayor parte del tiempo de las sesiones.

Alejandro vivía con su madre y los fines de semana se sentía obligado a ir a casa de su padre que vivía con su nueva mujer.

Durante los primeros tiempos del tratamiento me llamaban asimismo la atención los despistes del paciente: perdía cosas valiosas y a causa de esos despistes se veía envuelto en situaciones rocambolescas que tenían en común el verse como un "pobrecito".

Alejandro tenía miedo de que sus amigos se separaran de él y le tomaran por tonto. No se enfadada nunca con ellos y era muy pasivo dejándose llevar sin tomar iniciativas; ser muy complaciente era una manera de evitar que pudieran dejarle los amigos puesto que él lo que más temía era quedarse solo. Se le "metió" un amigo en su casa durante una semana y lo vivió como si fuera un intruso, como si fuera un hermano que le quitaba la comida y la atención de mamá.

Poco a poco Alejandro fue teniendo mayor relación con las chicas: le gustaba ser amado pasivamente por una mujer y le costaba asumir una posición activa. Cuando se animaba a decirle a una chica que le gustaba después le asaltaban las dudas, se sentía culpable y temía que hasta podría casarse con ella por sentirse obligado.

Alejandro no había podido construir una escena primaria representando a unos padres que se desearan el uno al otro. Me dijo que cuando se enteró de cómo venían los niños sintió un escalofrío al imaginarse a su padre con su madre, no podía imaginarlos a ninguno de los dos en esa situación, pues los dos eran ideales. Ver a su madre entregada a los brazos de su padre le resultaba inconcebible.

En relación con la sexualidad el paciente se fue dando cuenta del peso represivo que la religión había cumplido para él. Se produjo un cuestionamiento de los valores de su madre: por ejemplo no estaba de acuerdo con la idea de que Dios hace que los pobres existan y experimentaba miedo por no ir a misa, ya que podría ser castigado. Se dio cuenta de que estaba demasiado ligado a su madre para estar con una chica y anhelaba buscar un margen de libertad.

De pronto, ante una ausencia de su madre, sintió un miedo infernal frente a una imagen que había en su casa. Evocó que cuando era pequeño pensaba que si dejaba sola a su madre la imagen podría matarla. Pudimos abordar entonces sus miedos infantiles a estar solo, sus ataques agresivos contra su madre y la rabia experimentada ante su padre que le "secuestraba" sin que su madre hiciera nada.

Realizó un viaje con su madre y le salieron eczemas en la cabeza, se le inflamaron los ganglios, cuando volvió a sus ocupaciones habituales se le pasó. Insistía en que se veía raro cuando su madre al volver a casa le contaba cosas del trabajo, se veía ocupando el lugar del padre.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Asoció que con las chicas tenía miedo a comprometerse porque podía verlas como a su madre maltratada por su padre y temía hacerles daño. Decía que era nervioso aunque no lo aparentara, a su madre necesitaba a veces expulsarla de su lado, deseando que se fuera para ser él mismo y esto le hacía sentir culpable. Por otra parte estaba el hecho de que él se sentía lo más importante para ella y casi lo único que tenía.

Pudimos ir constatando que perder cosas, ser despistado, verse como "un pobrecito" eran diversas formas de reclamar una atención de su madre. A los dos años de tratamiento se produjo una ruptura con su padre porque no soportaba más su situación de sometimiento: ser coaccionado a dar clases particulares con él, verse obligado a restringir la relación con sus amigos y deber hablar y callar según el arbitrario criterio de su padre.

Encontró un diario que escribió entre los 12 y los 15 años: anotaba cosas aunque decía que aún no las había digerido, era como una descarga. Ha tenido que volver sobre ellas para elaborarlas. Al evocar cómo durante las vacaciones le llevaba obligado su padre y cómo lo pasaba en su compañía se daba cuenta de que entonces se hallaba al borde de la desesperación. En la habitación donde se alojaban su padre dormía con su hija pequeña y con él en la misma habitación; la mujer de su padre dormía en otra habitación separada.

Si su padre era la ley del mundo y de la realidad se veía urgido a buscar en su madre una protección ante esa realidad violenta y hostil, dándole a su madre la razón contra su padre. Desde entonces, desde su pubertad, había concebido el sexo como algo sucio y violento si se realizaba con una mujer.

Durante el tiempo de ruptura con su padre al principio le ignoró, pero un día lo encontró casualmente y huyó presa de un temor irracional; más tarde me comentó que en el baño descubrió que se afeitaba como su padre y también criticó a su padre porque le había dicho a su hermanastra que Alejandro era como el hijo pródigo que un día volverá a casa de rodillas, arrepintiéndose de sus pecados. Comenzó a pensar en escribir a su padre. Murió repentinamente el padre de un amigo y este suceso le hizo pensar que él no iba a sentir nada si su padre muriera; pero no estaba tranquilo, se daba cuenta de que le daba miedo ocupar el lugar simbólico del padre, salir de la pasividad y no achantarse.

Le impactó que su hermana expresase una ambivalencia hacia su padre, llamándole la atención el amor femenino hacia el padre que él había rechazado. Descubrió que se había colocado en una posición femenina de amante despechado del padre, le resultaba difícil unir el amor y el odio. Lo asoció con que con los amigos se colocaba a menudo en una posición de pasividad y no elección. Pudo hablar de algo que había mantenido oculto: sus escrúpulos para beber del vaso de un amigo o que éste bebiera del suyo; en su casa tenía un vaso para él solo y no quería compartirlo con nadie. Vimos como el escrúpulo estaba unido al temor homosexual del contacto con la saliva del otro, Alejandro tenía que mantenerse a distancia (añoraba al padre y si se juntaba con un amigo aparecía el temor homosexual).

Por otra parte soñó tres veces seguidas con su padre, en los sueños volvía a someterse a su padre como un niño; en uno de los sueños su padre comía con él y le empujaba haciéndole caer de su sitio. En las fantasías diurnas se veía pidiendo perdón a su padre como el hijo pródigo que vuelve a casa, o no queriendo llamarle para mantener su libertad, pero no se veía tratando a su padre de tú a tú, tal vez porque le seguía teniendo miedo.

Se planteó verle. Asoció el sometimiento a su padre con la sexualidad y aparecieron dos imágenes diferentes de la madre: la madre maltratada y la madre deseante, que es la que se acostaba con el maltratador y por esa unión le tuvieron a Alejandro: había una escena primaria sádica y otra naciente en la que la madre aparece como deseante. Ambas escenas están mezcladas aún y tal amalgama está presidida por el asco que le produce al paciente que esa madre que se quejaba del maltrato hubiera sido capaz de acostarse con ese hombre.

En el vínculo transferencial-contratransferencial me sentía a veces molesto con él, puesto que mantenía una distancia conmigo y no se "mojaba". Una sesión me expresó la rabia hacia su madre, al decirme que ella le había insistido que me contara lo de su miedo a los aviones; él no quería hablar de eso porque no le da importancia; vimos que se trataba de un miedo a volar, a despegar, a perder la tierra-madre y también a que se pudiera caer el avión. Le recordó cuando su padre le llevaba de vacaciones y su madre no hacía nada para impedirlo. Cuando hablaba con ella por teléfono desde la distancia procuraba ser amable porque temía que ella se fuera a olvidar de él. Le dije que quizá no quería hablarme de su miedo a los aviones para no reconocer ante mí lo que le pasaba con su madre. Además me confesó que le había molestado que su madre le instara a contarme sus síntomas, como si de ese modo traicionara una complicidad entre ellos.

Fue apareciendo claramente cierta disociación que se

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

producía conmigo, como que no estaba del todo en el tratamiento; un día me anunció sin haberme avisado previamente que era el último día que venía porque había pensado dejar el tratamiento coincidiendo con las vacaciones de verano. Pudimos hablar sobre ello y constatamos que Alejandro sólo tenía confianza con su madre y a mí me excluía como si yo representara a la figura paterna. Le dije asimismo que sentía rabia hacia su madre por haberlo abandonado y que desde ahí tal vez podía sentirse culpable si se lo pasaba bien con su padre. Me respondió que a él siempre le había parecido que tenía una relación rara con su madre, mucho más fuerte que la relación que tiene con sus amigos. Se hizo consciente de que su descuido en las relaciones, como si en verdad no tuviera ningún amigo, sólo tuviera a su madre. A partir de aquí pudimos comenzar a abordar la angustia de separación conmigo que hasta entonces estaba muy negada.

Con las chicas seguía pesando la idea de que si se acercaba a ellas y las tocaba o tomaba cualquier iniciativa podía rebajarlas, las tenía idealizadas y le costaba mostrarse seductor. A partir de estar con una chica que no sabía si le gustaba apareció la idea de ocupar el lugar del padre en tanto hombre, lugar que para él era necesario ante las chicas y ante los amigos, pero le costaba mucho apropiarse de ese lugar, se veía poco hombre todavía. Era consciente de que en su manera de funcionar a menudo dejaba las decisiones libradas al azar para quedar bien o ser querido por los demás, o bien las ponía en manos de su madre.

La demanda hacia mí, pedirme algo, mostrarse, le colocaba en una posición femenina que temía. Trajo un sueño en el que instaba a un amigo a que se acostara con una chica y éste amigo le daba una respuesta enigmática: "dentro de dos semanas", que coincidía justamente con el plazo que se había dado para hablar con su padre, lo cual no le dejaba dormir porque tenía sueños y pesadillas: miedo a que le citara en su casa y le acorralara, a que todo siguiera igual, a que no pudiera hablar a este padre terrible de tú a tú. Las asociaciones del sueño apuntaban a que hablar con el padre sería un paso adelante para él.

Llamó a su padre y tomó la iniciativa también con una chica, leyendo los signos de que él podía gustarle. Mantenerse a la espera era esperar la acción o la imposición del otro, entonces sólo cabía soportar esa imposición pasivamente pero sin mostrar los afectos. Por eso debía coger el toro por los cuernos. Le sorprendió que su padre le dijera que no había actuado porque Alejandro debía dar el primer paso, como si su padre le hubiera hecho una prueba educativa. El paciente experimentó un sentimiento de culpa hacia su madre por llamar a su padre, sentía que estaba traicionando algo: no temía que su madre le retirara su amor sino que se planteaba el problema de que ya no sería su madre su guía moral, que Alejandro no seguiría sus principios sino los suyos propios. Hasta ahora siempre había pensado ante una situación problemática en lo que haría su madre en la misma tesitura. Siempre había discutido con ella (en especial desde la adolescencia), pero con la convicción que ella iba a estar ahí incondicionalmente. Hasta ahora nunca se había planteado que ella podría faltar y la constatación de ello le hizo sentir más el paso del tiempo, acceder a una nueva dimensión de la temporalidad.

En ese momento del proceso analítico se le planteó a Alejandro el problema de construir un ideal del yo propio y no el de sus padres. Para ello hubo de cuestionar los ideales transmitidos, diciendo "no" a aquellos que para él habían tenido un valor traumático, de dominio y humillación, o un valor incestuoso, y diciendo "sí" a aquellos que eran aprovechables para constituir su propio bagaje para andar por la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Aduriz, S., Bassols, S., Coriat, M., Hernández, M., Palacios, E., Rodríguez, P., Romano, S. Y Silva, M.A. (2006). Violencia adolescente, ¿nuevo malestar en la cultura?, Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 49, 115/135.

Forget, J. M. (2005) L´adolescent face à ses actes. Paris: Érès.

Freud, S. (1930), El malestar en la cultura, Obras completas. Volumen XXI, Buenos Aires: Amorrotu

Freud, S. (1938), La escisión del yo en el proceso defensivo, Obras Completas. Volumen XXIII, Buenos Aires: Amorrortu

Gori, R (Dir.). (2001) Pourquoi la violence des adolescents, Paris: Érès.

Green, A. (2002) Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine, Paris : PUF.

Guttonn (1993) Lo puberal, Buenos Aires : Paidós (Orig. 1991).

Gutton (2002) Violence et adolescence, Paris : In Press.

Hernández, M. (2006) Suicidio adolescente, escisión del yo y del objeto en Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 48, 167-185.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Marty, F. (Direc.) (2002) Le jeune délinquant, Paris : Payot

Jeammet, Ph. (1980) "Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation á l´adolescence ». Revue Française de Psychanalyse, 3-4, 481-523.

Jeammet, Ph. (2002) La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de identidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 33/34, 59-93.

Laufer, M. (1988) Adolescencia y crisis de desarrollo, Barcelona: Expass.

Richard, F. (2001) Le processus de subjetivation à l´adolescence, Paris: Dunod

Widlöcher, D. (1982) "L´ inconscient entre dire et faire", en Etudes freudiennes, 33.

Widlöcher, D., Kahn, L. y otros. (2004) L´acte, Paris: APF.

Winnicott, D. (1982) Realidad y juego, Barcelona: Gedisa.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LAS INTERVENCIONES DEL PSICOANALISTA EN PSICOANÁLISIS CON NIÑOS*

PSYCHOANALYSTS' INTERVENTIONS IN CHILD PSYCHOANALYSIS

Beatriz Janin**

RESUMEN

A lo largo de este artículo se desarrollan las diferentes modalidades de intervención del psicoanalista en el trabajo con niños partiendo de la premisa de que se opera sobre un sujeto en estructuración. Se describen los diferentes lenguajes que los niños emplean y se exponen tanto las diversas formas que toma la consulta como los modos del trabajo psicoanalítico con los niños y sus padres. Se hace una distinción entre interpretaciones e intervenciones estructurantes.

ABSTRACT

The different manners of intervention which the psychoanalist may use when working with children are discussed throughout this paper, under the premise that we are dealing with a subjet in the process of structuration. The different languages children use are described as well as the different complaints the parents make when seeking professional advice and the ways in which psychoanalytical work with children and their parents can take place. A line is drawn between interpretations and structuring interventions.

RESUMÉ

Au long de cet article on développe les différentes modalités d'intervention du psychanaliyste dans le travail avec des enfants, en partant de la prémisse que l'on opère sur un sujet en structuration. On décrit les différents langages qu'emploient les enfants, et l'on expose les formes diverses que prend la consultation, ainsi que les modes du travail psychanalytique avec les enfants et leurs parents. Une distinction est faite entre interprétations et interventions structurantes.

El psicoanálisis de niños nos convoca a repensar la teoría psicoanalítica en su complejidad. Nuevos interrogantes, nuevos desafíos, nos convocan cotidianamente.

Lugar de controversias, de discusiones apasionadas, de puesta a prueba de todo el andamiaje teórico, podemos decir que el psicoanálisis con niños es un espacio privilegiado para la investigación.

A la vez, los problemas que viene suscitando son muchos y arduos. Uno de ellos es el de las intervenciones del analista, que tienen que ver con la cura y con las metas clínicas.

Considero que la especificidad del psicoanálisis con niños reside en dos factores : 1) la inclusión de los padres en el análisis del niño, lo que plantea la cuestión de las intervenciones con ellos y 2) el que las intervenciones con el niño pueden ser estructurantes, o, mejor dicho, pu-

* Este trabajo ha sido publicado en una versión anterior en Cuestiones de Infancia Nº 4. (1999). Ha sido modificado y corregido para esta publicación.

** Psicóloga Psicoanalista, Directora de las Carreras de Especialización de Psicoanálisis con Niños y con Adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Directora de la revista "Cuestiones de Infancia" y Profesora de posgrado en diferentes universidades. Dirección: Avda. Córdoba, 3431, 10º A (1188) Argentina Tlf. 4963-4729. E-mail: beatrizjanin@yahoo.com

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

eden motorizar la estructuración, ser disparadoras de una transformación estructurante.

Es necesario tomar en cuenta la diversidad de conflictivas que se pueden presentar, los diferentes funcionamientos psíquicos, el predominio pulsional, las defensas, el tipo de pensamiento, para pensar las intervenciones sin caer en recetas que no dicen nada.

La herramienta principal que utilizamos es nuestro propio psiquismo, y esto implica que la formación teórica es fundamental, que sin teoría no podemos trabajar, pero que la teoría debe haber sido "digerida", haber pasado por uno mismo.

"Tiene dificultades en la escuela...", "Llora por cualquier cosa...", "Se hace pís ...", "Quizás yo tenga la culpa ...", "Salió al padre ...", "¿Qué le pasa ?...", "¿Por qué esto a mí? ...", "¿Qué debemos hacer? ..."

Y el consultorio se puebla de quejas, de pedidos, de reproches. Va apareciendo desordenadamente una historia y apenas si podemos vislumbrar de quién nos hablan, un alguien que, a veces, ni tiene claramente un nombre ("se llama... pero le decimos... y también ..."), ni una fecha de nacimiento ("fue el ocho, no, el dieciocho, pero de otro mes").

Angustias, sensaciones de desesperanza ("ya probamos todos los métodos, desde castigarlo a mimarlo, y no hay resultados"), temores, exigencias, inundan el consultorio. Como psicoanalistas, estamos convocados desde la primera llamada a escuchar un pedido. ¿A quién llaman, qué esperan?...Odios, amores, traiciones... se presentifican.

-"Decíle que saliste con ese tipo". -"¿Y cuando dijiste que estabas trabajando y te fuiste con otra?". -"Pero eso qué importa, si vinimos a hablar de Juan, no de nosotros? El problema es que él no atiende en la escuela". -"Él no le presta atención al niño y la madre de él ni lo mira.". -"Vos tampoco estás nunca en casa y tus padres prefieren a los hijos de tu hermana.".

Y me veo zambullida en un vértigo de acusaciones, preguntas, hipótesis, peleas pasadas y presentes.

Múltiples historias.... de ellos, del niño, de las generaciones precedentes...

Y uno puede intentar forzar un orden. Pedir datos, responder preguntas y tranquilizarlos y tranquilizarse con un "este niño está enfermo, necesita tratamiento, tantas dosis de sesiones, un cambio de colegio, que no se le dé de comer en la boca o que se lo saque de la habitación de los padres".

Pero es claro que la teoría psicoanalítica nos enseña otras cosas. Por ejemplo, que no es una modificación conductual impuesta por otro la que puede generar cambios en la estructura psíquica. Que no será a partir de una indicación o de un consejo que alguien pueda hacer consciente sus deseos, que la sexualidad insiste en la búsqueda del placer y que no hay sentido común ni recomendación capaz de eliminarla.

Y es que también aquí se trata de la sexualidad, de los deseos, de las prohibiciones. Lo que insiste en el juego de repeticiones es lo que vamos descifrando en el niño y en sus padres.

Pero además, ¿quién detenta el saber sobre lo que se debe hacer con un niño? ¿Quién puede ubicarse como juez de amores y odios? ¿Quién podría enseñar cómo ser madre o padre?.

Intentaré fundamentar lo que pienso que es operar psicoanalíticamente con aquellos que consultan por un niño, y con el niño mismo, entendiendo que el análisis no es una empresa moralizante, ni un desempeño autoritario para satisfacer demandas manifiestas. La propuesta es operar teniendo en cuenta la complejidad psíquica, tanto en niños como en adultos.

Ubicarse como psicoanalista con los padres implica escuchar todo su discurso sin establecer privilegios a priori, intentar el rastreo en su historia infantil, dirigirse a ellos, no para dar información acerca de lo que supuestamente le ocurre a un tercero, sino remitiéndolos a sus propias vivencias, sentimientos e ideas.

Así, aparece una queja: "N. está insoportable", y podemos preguntarnos: ¿Para quién?, ¿qué es lo que le resulta insoportable al que habla?, ¿qué experiencias puede relatar?, ¿cómo se fue construyendo en su historia el ser insoportable?

Y no hay clichés posibles. Cada caso nos sorprende por la manera particular en que se entraman deseos, fantasías, normas e ideales y el modo en que esto a su vez se expresa en un trastorno o un síntoma.

Al recobrar la infancia, las viejas y eternas pasiones, todo aquello que un niño reactualiza en un adulto va siendo traducido a palabras y reconocido como propio.

Sólo la sobreinvestidura de las representaciones que determinan la conducta manifiesta de los padres podrá abrir, a través de la reorganización del campo representacional, posibilidades creativas en la relación con el hijo.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El dejar abiertas preguntas e inquietudes posibilitará un camino reflexivo que una rápida respuesta, inevitablemente sustentada en la ideología de una determinada cultura, obturaría.

Consultar por un hijo implica generalmente una herida narcisista. Herida que genera dolor. Aquel en que se depositaron los sueños, en el que se centraron las expectativas, ¿tiene dificultades? y, además, ellos, los padres ¿no son suficientes para resolver sus problemas? Un sinfín de ilusiones se derrumban. Ilusión del hijo perfecto, producto de padres ideales. Ilusión de que el modelo de niño se personifique y que colme y calme toda angustia. Y, a veces, la angustia es insoportable. Se niegan a tener entrevistas, no quieren hablar...

También están aquellos padres que tienden a sostener la desmentida. En lugar del dolor aparece entonces la negación de toda dificultad. "Venimos porque nos mandan", dirán. "En casa está todo bien, es perfecto. Pero la maestra dice que tiene que tratarse." Son otros adultos los que han dictaminado en estos casos que el niño tiene problemas y que requiere ayuda. Y la aceptación de este dictamen se torna insoportable.

Desde los padres que afirman "es un sol, pero sufre" hasta aquellos que insisten: "es insoportable, es terrible, no hay nada que haga bien", todas las gamas y posibilidades se despliegan en la consulta.

A lo largo de las primeras entrevistas, la historia de cada uno de los padres y su historia como pareja se presentifican en el relato que hacen de las dificultades del niño.

Si pensamos estas entrevistas como anamnesis, lugar para recabar datos, o situación en que se establece una "alianza", estaremos operando con una teoría de la historia como acumulativa, con una idea de la constitución psíquica que nos lleva a buscar "hechos" traumáticos. Estaremos suponiendo que hay un registro "objetivo" de sucesos y por consiguiente, que los padres funcionan a pura conciencia.

Pero si pensamos que la historia es una construcción retrospectiva de los acontecimientos pasados ; que el psiquismo se va estructurando signado por vivencias que dejan huellas que se enlazan y reorganizan , que hay otros que erotizan, dan una imagen de sí, son modelos de identificación e imponen normas e ideales ; que cuando madre y padre hablan, Ello, Yo y Superyó están en juego ; que aquéllos que preguntan, piden, se quejan, están a su vez marcados en una cadena de repeticiones, tendremos que pensar que los padres también son consultantes y tendremos que escucharlos psicoanalíticamente.

Fantasías, deseos (inconscientes y preconscientes), temores, identificaciones y repeticiones van desplegándose en tanto son escuchados como consultantes. La remisión a esa historia, la descripción de situaciones concretas vividas con el niño y la verbalización de fantasías (en especial acerca de lo que es para ellos ser madre o padre), produce transformaciones en el modo en que el niño es investido e identificado por los otros.

En el pedido de que un niño sea curado está generalmente implícito un modelo adaptativo que se intenta imponer. Sólo podremos escuchar, y señalar las identificaciones que están operando, ya que aceptar el pedido nos colocaría en una posición imposible. Quisiera recordar lo dicho por Freud, en relación al análisis de adultos: "Sin duda, el médico analista es capaz de mucho, pero no puede determinar con exactitud lo que ha de conseguir. El introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisarlo, promoverlo, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto viciarlo en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá." (Freud, 1913, pág 132).

Las transformaciones, entonces, supondrán poner en movimiento un proceso que reestructure lo coagulado, pero no podremos poner "objetivos" marcados por la cultura. En todo caso, nuestra meta será la liberación de potencialidades creativas en el niño y en los padres.

Si lo que hacemos es desandar caminos para ir haciendo conscientes los deseos, prohibiciones e ideales, hemos renunciado entonces a ese lugar de padres omnipotentes, jueces o magos que conocen el misterio del "niño perfecto".

El lugar dado al analista del niño por parte de los padres posibilita pensar el lugar que se le ha otorgado al niño y el espacio psíquico que él ocupa.

Hay veces que lo que predomina en ellos es la desmentida de la diferencia, de la existencia singular de ese niño, en tanto pérdida del niño maravilloso que nunca fue.

Una cuestión que me interesaría remarcar es que a lo largo de estos años, me he encontrado muchas veces con un estilo de padres que parecían inabordables, cuya presentación era : "yo ya sé que estoy mal, pero no quiero meterme en eso." O : "Yo ya hice varios intentos de te-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

rapia, pero ninguno resultó." Con lo que me encontré, en estos casos, fue, invariablemente, con un nene o una nena desesperados, que suponían que nadie los escucharía, que se los juzgaría y que reclamaban desde un cuerpo de adulto un espacio psíquico, un lugar en el mundo de un otro.

Mujeres y hombres que se derrumban al primer embate y a los que el analista del hijo puede brindarles un espacio de contención que les posibilite reconocerse como padres, con sus dudas y contradicciones.

Hay padres que no pueden hacerse cargo de la maternidad o la paternidad si un otro no los habilita a ello. O que suponen que cualquier acercamiento es un acercamiento incestuoso.

La asunción de la maternidad y de la paternidad no son fáciles. Es siempre un lugar conflictivo, en el que se juegan deseos contradictorios, viejas identificaciones, antiguos modelos.

Green, en De Locuras Privadas, afirma, refiriéndose a la clínica psicoanalítica con pacientes que presentan estados fronterizos, :"Lo que se demanda del analista es algo más que sus capacidades afectivas y su empatía ; es, de hecho, su funcionamiento mental, porque las formaciones de sentido han sido puestas fuera de circuito en el paciente." (Green, 1990, pág 59). Esto se debe tener en cuenta en el trabajo con los padres porque, más allá del diagnóstico, es muy frecuente que las transferencias que se ponen en juego sean masivas y confusas.

Que los padres incidan en el niño y que las vivencias ocupen un lugar fundamental, no implica pensar que es lo externo lo que determina el funcionamiento psíquico. En principio, es un interno-externo indiferenciado, pero en el que no podemos eludir el poder creativo de la psiquis.

Cuando trabajamos con los padres, hablamos fundamentalmente de ellos y las referencias que hacemos al hijo son en función de conflictos de ellos que se entraman con los del niño.

Y cuando trabajamos con el niño tendremos en cuenta qué es lo que hace el niño con su percepción de la realidad psíquica materno-paterna y con los juicios derivados de ella.

Qué escucha él de los padres, cómo los ve?. ¿Qué es lo que él hace con esa realidad?.

Muchas veces el niño desestima o desmiente algo de lo percibido o pensado y eso retorna de diferentes modos.

Resumiendo, a través del tratamiento de los padres se posibilitan ciertos caminos: desprendimiento de fijaciones pulsionales, apertura del narcisismo (en tanto se modifique la estructura narcisista de los padres), inhibición de la repetición compulsiva (en tanto aquellos puedan ligar, resignificando, el accionar del hijo), entre otros, sin poder prever los avatares posteriores.

Con los niños, operamos sobre los tiempos mismos de la constitución psíquica. Es diferente pensar la estructura como dada a pensar que el niño nace en una estructura, que el lenguaje lo antecede, pero que él mismo se va a ir constituyendo en una historia y que el lenguaje opera como reorganizante a posteriori, fundando el preconciente.

Si como analistas debemos mantener la atención flotante, con los niños, con quienes esto se hace bastante difícil, podemos hablar, como hacía Rodrigué, de una disponibilidad a jugar. O, mejor aún, de una disponibilidad a registrar las propias pasiones, afectos, recuerdos, de mirar y escuchar sin quedar atrapados en el pedido de los padres ni en objetivos pedagógicos. Y así podremos organizar el material de acuerdo a la secuencia, a las reiteraciones y a la historia. ¿Qué se repite, cuándo interrumpe el juego ese niño, cómo se ha armado esa historia?

Armar una trama es diferente a develar una historia. Armar una trama implica, muchas veces, develar muchas historias para poder construir una diferente.

Ser el disparador de un armado: de la represión primaria y de la diferenciación intersistémica, del registro y la expresión de afectos, de la ligazón como freno a la pura descarga pulsional, estableciendo redes de pensamiento, de la puesta en juego de filtros para el exceso pulsional (de sí mismo y de los otros) es una meta diferente a: que donde era Ello advenga el Yo.

Función estructurante del analista, que implica ligar (a través de la contención, de los imperativos categóricos, del funcionamiento en espejo, del poner en palabras, etc.) aquello que ha dejado huellas que incitan a la repetición del movimiento desinscriptor.

En el Hombre de los Lobos, Freud dice: "En la psicología del adulto hemos logrado separar con éxito los procesos anímicos en conscientes e inconscientes y describir ambos con palabras claras. En el niño, esa dife-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

renciación nos deja casi por completo en la estacada. A menudo uno se encuentra perplejo para señalar lo que debiera designarse como consciente o como inconsciente. Procesos que han pasado a ser los dominantes, y que de acuerdo con su posterior comportamiento tienen que ser equiparados a los concientes, nunca lo han sido en el niño. Es fácil comprender la razón: lo conciente no ha adquirido todavía en el niño todos sus caracteres, aún se encuentra en proceso de desarrollo y no posee la capacidad de trasponerse en representaciones lingüísticas." (Freud, 1918, pág 95, 96)

Descifrar palabras, acciones, juegos, dibujos, pero también silencios y gestos supone conocer la estructura psíquica que determina esa producción y que, como vimos antes, seguramente excede al niño mismo. También aquí operamos con representaciones, pero éstas tienen características diferentes a las del adulto, por ejemplo, por el predominio de los componentes visuales y cinéticos.

El frente a frente, casi un cuerpo a cuerpo, plantea cuestiones a ser pensadas. Gestos, pequeños movimientos, estados de ánimo, se exponen frente a la mirada del niño que es mirado.

Deseos, defensas, identificaciones pueden expresarse de diferentes modos.

En relación a la palabra, es necesario reflexionar sobre los diferentes lenguajes en los que está inmerso un niño (el lenguaje familiar, íntimo, que puede ser más o menos diferente al social, al de la cultura). El niño retrabaja el lenguaje de la cultura más el de la familia a partir de su propia erogeneidad y de sus defensas, realizando transacciones, lo que se debe tener en cuenta para la interpretación y para el valor que se le otorga a las palabras. El niño se puede apropiar del lenguaje, hacerlo suyo desde sus propios deseos, o no.

Y está el juego... Pero hay niños que no juegan, ni dibujan, ni hablan. Es como encontrar algo de la insistencia de la muerte allí donde uno esperaría encontrar sólo vida. Pero esto mismo lleva a una fuerte tentación de irse. Si él no se conecta, si él no establece ningún vínculo, el analista piensa en otra cosa, mira para otro lado, deja pasar el tiempo. Este es el mayor riesgo que se plantea con este tipo de pacientes. Por esto mismo, para estar, hay que proponérselo, intentar sostener el vínculo desde uno, acercarse... es un trabajo de "despertar" a un otro que permanece en una especie de estado de somnolencia. A la vez, ese sacudir a un niño para que despierte, nos enfrenta con una suerte de actitud violatoria, intrusiva, y nos hace asomar a un abismo. Y digo abismo porque cuando logramos despertarlo, no aparecen los cuentos de hadas ni las historias heroicas sino que lo que estos niños nos muestran son fragmentos detrás de las murallas. Atravesamos la barrera (que no es represión sino más bien un movimiento de rechazo de todo lo que no pueda ser englobado en el sí mismo precariamente armado) y nos encontramos con islas representacionales. Y a la vez, debemos tener en cuenta que un despertar brusco puede ser desorganizante. El despertar al otro es aquí una intervención estructurante en tanto tome en cuenta los tiempos y los ritmos del niño.

También están los niños que permanecen en medio de una constelación sensorial, magma indiferenciado que los deja confundidos con el medio. Parecen navegar entre sensaciones confusas. Se conectan pero sin poder diferenciar ni diferenciarse. Allí el analista deberá ir estableciendo diferencias y sosteniéndolas. Es común que estos niños muestren una sonrisa vacía o se mimeticen con el analista. A veces, acercarse de un modo conectado y marcar diferencias comienza con un trabajo de ritmos (chicos que hacen sonidos y que sólo responden cuando se les repite el sonido que fueron haciendo). Tiempo de construcción autoerótica, de armado de placeres...

Muy distinto a los niños en los que predomina la desmentida, con los que tendremos que ver qué es lo intolerable y cómo retorna lo desmentido. Son los niños en los que una intervención de contenidos sin haber trabajado previamente la desmentida, desencadena un ataque de odio.

O aquellos otros que tienden a hacer activo lo vivido pasivamente y a hacerle sufrir al analista sus propios avatares. En estos casos, es fundamental jugar la situación para posicionarse en el lugar que ocupa el niño, y desde allí intervenir nombrando los afectos que el propio niño no puede decir, para, en un segundo momento, salirse del juego e interpretar la incidencia de esa situación en el niño mismo.

Las intervenciones del analista con el niño podrán abarcar un amplio repertorio de intervenciones no-verbales: acciones, operaciones lúdicas (participación en el juego e interpretación a través del mismo), apelando al dibujo o al modelado, así como intervenciones verbales

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

(señalamientos, verbalizaciones, interpretaciones y construcciones), teniendo en cuenta el tono de voz, la modulación, etc.

Desde ir cambiando de a poco un juego repetitivo, seguir un ritmo y armar un diálogo con sonidos, nombrar afectos, nombrar partes del cuerpo, delimitar espacios, diferenciar el cuerpo propio del cuerpo del niño, posibilitar el despliegue lúdico, hasta instaurar imperativos categóricos,... todas estas son intervenciones posibles.

En relación a la interpretación, es interesante la posición que toma Bion: hacer el "vacío" en nosotros y asumir una función "continente" de transformación interna de lo que el otro le aporta al analista. Es decir, tomar en cuenta las sensaciones, sentimientos y asociaciones del analista. (Bion, 1991)

Siguiendo esta línea, André Missenard e Ivonne Gutiérrez, hablan de "trabajar/elaborar lo que el paciente nos da para vivir, sufrir, experimentar; y esta elaboración no necesariamente tiene que ser objeto de interpretación, al menos durante un tiempo". (Missenard y otros, 1991, pág 101)

Se puede pensar en intervenciones como las interpretaciones y en intervenciones estructurantes. Estas últimas tienen que ver con posibilitar un armado, son intervenciones que tienden a generar una posibilidad, abrir un espacio. El psicoanalista opera de catalizador.

Tustin habla de empatía con sus aflicciones (hacer contacto), y subraya la importancia del tono de voz, la firmeza, las intervenciones activas, directivas. (Tustin, 1989, 1992)

Retomando, hablamos hasta ahora de varios tipos de intervenciones. En primer lugar, están las intervenciones verbales, que tienen mucha importancia con estos pacientes en tanto sean coherentes con los gestos, actitudes y acciones.

En segundo lugar, la contención, el "sostén" que plantea Winnicott, que implica posibilitarle al otro un despliegue pulsional sin desorganizarse. El analista debe funcionar como aquel que pueda recibir y devolver en forma modificada el estallido del otro (al modo de la función alfa de Bion). (Winnicott, 1992)

En tercer lugar, y ligado a esto, la ligazón con los afectos: el nombrar los afectos, el devolverle una imagen de sí que lo conecte con lo que le pasa, es fundamental con estos niños, implica ubicarlos como seres vivos, que sienten y ayudarlos a conectarse con esos afectos; presupone pasar del afecto al sentimiento, a través de la identificación.

En cuarto lugar, el armado de una trama que permitirá luego la construcción de una historia. Una trama que funcione como un sostén interno que permita no sólo la diferenciación intersistémica sino una base para poder enfrentar los avatares de la vida.

Las marcas que deja en el psiquismo tanto la sexualidad como el rechazo maternos, serán religadas, reorganizadas, entrarán en nuevas conexiones, o pasarán a formar por vez primera una trama a partir del decurso del análisis. Y es que sólo se pueden encontrar las vías de ligazón de lo traumático a partir de las posibilidades ligadoras que da un semejante privilegiado, alguien que pueda ir otorgando un otro sentido, que pueda ir poniendo eslabones mediatizadores (ternura, palabras, etc.) al devenir mortífero. Es necesario el encuentro con otro que pueda sumergirse en los abismos de las pasiones, del dolor, de las angustias, para que la elaboración tenga lugar.

Palabra, juego, dibujo,... serán modos diferentes de articular, de dejar traslucir, aquello que insiste... ¿desde la marca, como insistencia pulsional? ¿o desde el agujero, un vacío que reclama ser zurcido?. A partir de las señales sensoriales se irá tejiendo una trama, ligando lo que nunca tuvo palabras.

Armado de una trama, de una red representacional que opere como sostén, como garantía frente a la irrupción pulsional, frente a la insistencia de lo no-representado... ¿será el fin del análisis o tan sólo su comienzo? Fin de un análisis... posibilidad de otro... Un recorrido estructurante posibilita un espacio en el que "hacer consciente lo inconsciente" tendrá lugar.

En quinto lugar (y no es un orden jerárquico), podemos hablar de construcciones.

Muchas veces, es desde el trabajo psicoanalítico con los padres que esto se va posibilitando, en tanto se develan historias que, en su silencio, obturan conexiones en el niño mismo.

Construcción de la historia que permite ubicar al pequeño paciente en un antes y un después, diferenciar un pasado y un futuro. Armado de un mito que sostenga y dé cuenta de los avatares posteriores.

Con diferentes intervenciones, a lo que tenderemos es a que se pase del devenir expulsor al entramado de Eros,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

del cortocicuito ciego, la tendencia al cero, a la mayor complejización posible.

A este tipo de intervenciones, yo las llamo intervenciones estructurantes. Así, cualificar la excitación, nombrar afectos, ser disparador del armado fantasmático, son tareas del analista que trabaja en momentos privilegiados de la estructuración. Es en este sentido que podemos decir que operamos sobre "lo constitucional", sobre lo que será "prehistoria".

Simbolizar, traducir, resignificar, abrir nuevos recorridos en una complejización creciente, conectar, arborizar, es tarea de Eros.

Lo fundamental es no silenciar al niño ni silenciarse uno mismo. Si el niño es aplacado, no podrá ser y si el analista no puede pensar (si funciona "con censura previa") no analizará.

Interpretaciones, construcciones, señalamientos... Palabras, gestos, movimientos del analista irán produciendo desfijaciones, desidentificaciones, posibilitando el entramado de redes, mediatizaciones, la instauración del principio de placer, la ligazón de lo traumático. Tanto a través del trabajo con los padres, o con uno de ellos, como con el niño de lo que se trata es de ir deconstruyendo-construyendo, modos de funcionamiento en los que predomina el sufrimiento por otros más creativos y placenteros.

Un psicoanalista de niños debe escuchar, mirar, jugar, hacer...y posibilitarle al niño un espacio verbal, lúdico y gráfico. Así, realizar aquellas acciones que espejen o contengan el accionar del niño, poner en palabras lo que se hace, "meterse" en el juego y representar papeles, investigar y preguntar acerca de un dibujo, pidiendo asociaciones, son sólo algunas de las intervenciones posibles.

Una palabra, un gesto, una acción del analista, pueden tener un efecto privilegiado operando como disparadores, articuladores, como apertura a lo innombrable, posibilitando el armado de una historia. Quizás una de las cuestiones fundamentales es esa: no se trata muchas veces de develar una historia (aunque puede tratarse de ello) sino de posibilitar que se arme una, que se despliegue una trama, un sostén interno que permita la constitución de las instancias como diferenciadas.

Bion dice que el analista "debe ser capaz de construir una historia, pero no sólo eso: debe construir un idioma que él pueda hablar y el paciente entender". (Bion, 1991, pág 31)

Entonces, si la cura presupone el hacerse cargo de las propias pasiones, en los niños también implicará la constitución de un espacio en el que la pasión pueda advenir, pueda tener lugar como propia, que no queden exclusivamente inundados por pasiones ajenas que desatan en ellos sensaciones incontrolables.

Que pueda ubicarse como sujeto, que soporte embates al narcisismo, que pueda apelar a diferentes modalidades defensivas según las circunstancias y, fundamentalmente, que la compulsión a la repetición ceda dejando lugar a la creación.

Es nuestra tarea hacer consciente lo inconsciente (un preconsciente que puede ser cinético o visual), pero también, en muchos casos, posibilitar la estructuración del pensamiento secundario, la diferenciación yo-otro, la relibidinización de la imagen corporal o la construcción de la misma, la narcisización y/o la consolidación de la represión primaria.

Diferentes tipos de representaciones inconscientes y de ligazón entre ellas, diferentes tipos de representaciones preconscientes nos exigen afinar nuestros instrumentos para intervenir produciendo modificaciones.

Entonces, curar no es hacer que el otro responda al modelo propio, tampoco al de los padres, ni al de los maestros, ni implica obturar o tapar conflictos. Por el contrario, implica que cada uno arme "su" propio camino. Y esto no implica un invento novedoso sino el desarrollo de las máximas posibilidades traductoras, ligadoras, mediatizadoras, para la asunción de sus propias determinaciones.

Por consiguiente curar, a veces, será construir, estructurar, instaurar diferencias, transformar en recuerdo, "ligar" lo innombrable (aquello que, como marca dolorosa, retorna sin traducción).

Esto implicará tomar caminos imprevistos, que pongan en movimiento un proceso que reestructure lo coagulado.

BIBLIOGRAFÍA

Bion, W. R. (1991) Seminarios de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. (Orig 1974)

Freud, S. (1990). Sobre la iniciación del tratamiento. Buenos Aires: Amorrortu Edit, (Orig. 1913).

Freud, S. (1979). De la historia de una neurosis infantil. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol.17 (Orig. 1918).

Freud, S. (1979). Más allá del principio del placer. Buenos Aires: Amorrortu Editores Vol.18 (Orig. 1920).

Freud, S. (1979). Psicología de las masas y análisis del

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

yo. Buenos Aires: Amorrortu Editores Vol.18 (Orig. 1921).

Freud, S. (1979). El yo y el ello - Buenos Aires: Amorrortu Editores - Vol.19, (Orig. 1923).

Green A. (1990). De locuras privadas. Buenos Aires, Amorrortu Editores (Orig 1972).

Green, A. (1993). La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Buenos Aires, Amorrortu Editores (Orig 1990).

Janin, B. (2005). Los padres, el niño y el analista. Encuentros y desencuentros. Cuestiones de Infancia Nº 9.

Janin, B. (2006). Algunas observaciones sobre el juego, el dibujo y las intervenciones del analista con los niños. Cuestiones de Infancia Nº 10.

Janin, B. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Buenos Aires: Noveduc.

Missenard A., Rosolato G. y otros. (1991). Lo negativo. Buenos Aires, Amorrortu Editores (Orig. 1989).

Tustin, F. (1989). Barreras autistas en pacientes neuróticos. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Orig. 1987).

Tustin, F. (1992). El cascarón protector en niños y adultos. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Orig 1990).

Winnicott D. (1992). Sostén e interpretación. Buenos Aires: Ed. Paidos (Orig. 1989).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LA ANALIDAD: FRONTERA EVOLUTIVA*

ANALITY: EVOLUTIONARY BORDER

Pilar Puertas Tejedor**

RESUMEN

El título del tema que tratamos condensa el contenido del mismo; se enfoca la Analidad como eje fronterizo desde los planos objetal narcisista y simbólico. Eje desde un "uso" del objeto con servidumbre narcisista hacia la aprehensión del mismo con menos carga subjetiva; eje desde un narcisismo aún tambaleante hacia el empuje que posibilita el desarrollo del narcisismo secundario en la fase fálica y eje fronterizo de un YO precario aún en su función simbólica, a un YO gestionando lo pulsional con una asistencia objetal interna que propulsa los llamados procesos terciarios.

PALABRAS CLAVE: Anal, objeto, narcisismo, simbólico, yo.

ABSTRACT

The title clearly shows the subject under discussion. Anality is approached as a borderline from the narcissistic and symbolic objectal planes. One is the area in which the object is used for narcissistic purposes and takes on a less subjective meaning; this still fragile narcissism moves towards the push that makes development of secondary narcissism possible in the phallic stage. The borderline lies between an "EGO" whose symbolic function is still precarious and an "EGO" capable of managing drives with internal objectal assistance which powers the so-called tertiary proceses.

KEY WORDS: Anal, object, narcissism, symbolic, ego.

INTRODUCCIÓN

Elegí LA ANALIDAD, como tema de reflexión para el Seminario, porque considero que la comprensión en profundidad, de esta encrucijada evolutiva, constituye una herramienta importantísima para nuestro equipamiento metapsicológico en la atención clínica a nuestros pacientes.

En efecto, la Analidad va a ser el último bastión de una economía psíquica apremiada por una precariedad narcisista, que solicita al objeto como soporte.

Va a ser un territorio bisagra entre lo Narcisista y lo Objetal, entre la necesidad y el deseo hacia el objeto, entre el "uso y la utilización del Objeto" (Winnicott), entre una pulsionalidad invasiva, que anega la capacidad yoica de gestión, y una incipiente capacidad de este Yo de manejarse dentro-fuera siendo y teniendo.

El territorio evolutivo que nos ocupa, cuenta con dos momentos que los autores han convenido en llamar 1º y 2º Estadío Anal. Es entre el 1º y 2º dónde se marcaría la línea divisoria, entre los trastornos identitarios narcisistas y los funcionamientos neuróticos. Atravesando con éxito el primer momento, el sujeto se va a encaminar hacia un funcionamiento más neurótico, sentando las bases psíquicas para acceder a la configuración edípica. Empuje, éste, definitivo para la aprehensión de la realidad, con la complejidad que imprime el 3º, obligando al sujeto a abrirse a la 3ª dimensión, externa e internamente. En efecto, aquí se abre la conquista a lo incognoscible, el descubrimiento de la bondad de aquello que no se controla… la metáfora de la cámara nupcial de Meltzer

* Seminario impartido dentro de los cursos de Especialización en Psicopatología y Psicoterapia de Niños y Adolescentes realizados en Bilbao 2010 (ALTXA) y Madrid 2011 (SEPYPNA)

**Psicólogo clínico Psicoanalista. Miembro Asociado de la APM. Correspondencia mail pilpuertas@gmail.com.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Volviendo a la Analidad, su fenomenología nos obliga a escindir el conjunto de elementos que se mezclan para estudiarlos separadamente. Queda implícito que cada uno de los planos de reflexión que vamos a abordar se presenta en íntima conexión con los otros.

Nuestro propio procesamiento psíquico necesita aislar los elementos para que luego puedan ser integrados sin que se confundan unos con otros. Esta metodología de estudio está creada en los procesos de escisión evolutivos de la psique. Separar para unir en una comunión dónde los elementos que la integran se puedan enriquecer mutuamente.

Vayamos, pues, a los planos de abordaje de la fenomenología anal.

El primero va a hacer alusión a la relación de objeto: aquí trataremos de entender quién es el sujeto anal, quién es el objeto para este sujeto, cómo es la investidura anal, cómo se organizan los intercambios entre el sujeto y el objeto, para terminar hablando brevemente de la Neurosis Obsesiva como estructura psíquica testimonial de una fijación anal.

El segundo plano que nos ocupa es el del narcisismo, narcisismo tambaleante en el primer subestadío anal; más apuntalado en el 2º, dónde se conseguirá el empuje del narcisismo secundario, con la adquisición fálica soldada al 2º subestadío anal.

El tercer plano va a ser el de la simbolización. Hablaremos del equipamiento yoico, en su función de representancia para establecer la figuración de lo interno y externo, y el tránsito hacia los procesos terciarios (Green) propios del funcionamiento neurótico. Terminaremos con una reflexión sobre las patologías en dónde la fijación en la analidad se presenta con más evidencia como es la Neurosis Obsesiva,

Finalmente, al hilo de la exposición teórica, voy a ir intercalando alguna viñeta clínica que nos permita ir ilustrando los contenidos teóricos que van apareciendo.

PRIMER PLANO: RELACIÓN OBJETAL

a.-¿QUIÉN ES EL SUJETO ANAL?

Nuestro sujeto ha conseguido establecer una cierta delimitación territorial, con un marco psíquico, sostenido por la percepción de un cuerpo envuelto en una frontera-piel dónde existen orificios-pasos fronterizos, zonas de intercambio objetal. Los orificios oral, anal, uretral se invisten como zonas de paso y sobre ellos se simboliza el dentro-fuera que irá a ser figurado como una membrana osmótica que facilita la comunicación con una selección adecuada de lo que se deja pasar y lo retenido dentro.

En el primer Subestadío Anal esa membrana no tiene, aún, la consistencia simbólica suficientemente desarrollada como para garantizar la contención de las emergencias pulsionales, el temor al descontrol y a ser invadido por el afuera, también a ser invadido por lo interno ya que existe todavía una confusión entre el sentimiento y el acto por la fragilidad de la simbolización de los afectos. El temor a la invasión externa origina la necesidad de mantener a su objeto a una cierta distancia: poseído y controlado; temido y anhelado... en un requerimiento atormentado por necesitarlo para su propia sostenibilidad narcisista y afectiva.

Nuestro sujeto se descubre activo en el manejo de su pulsionalidad, dicha actividad le rescata de la indefensión de la pasividad oral. La actividad y la agresividad se ponen al servicio del reaseguro narcisista.

Existe, pues, en nuestro sujeto, aún, una autofiguración y una delimitación identitaria con una frontera territorial tambaleante que le obliga a esclavizar al objeto y a la vez, ser esclavo de él.

b.-EL OBJETO ANAL

En efecto, nuestro objeto anal es un objeto que carece de libertad propia, desde la percepción del sujeto, va a ser solicitado desde la servidumbre narcisista, por lo que va a estar sujeto al apremio cargado de agresión, para ser consumido y desechado. Una vez haya cumplido su requisito, seguirá el destino de la comida en el tracto digestivo: engullido, asimilado y expulsado como excremento.

Nuestro objeto tendrá una gran carga proyectiva, va a carecer de un perfil propio, carismático, no se le ama, se le necesita, es perfectamente sustituible ya que su función de servidumbre puede cumplirla otro y a la vez es imprescindible. Prescindible en su ser, imprescindible en su función.

La autopercepción va a girar en torno a superar-oponerse al objeto que sigue siendo el eje del cual se sigue dependiendo para reconocerse y sostenerse.

La autopercepción va a mantener una simetría con su objeto. El ser se va definiendo en función del objeto. Ser más o menos... Aún no se ha alcanzado la autopercepción individual que daría lugar a ser diferente con la aprehensión de las cualidades diferenciales que hacen de cada individuo humano, un ser único.

La fragilidad de la frontera, también genera la tendencia a recurrir a mecanismos dónde ésta, se desdibuja aún

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

más, como son las proyecciones e introyecciones, por lo tanto el objeto va a ser percibido con interferencias en cuánto a las atribuciones que se le han depositado.

Winnicott define esta situación objetal como "el uso del objeto", esto va a dar lugar a una aprehensión del entorno, con una importante carga de lo interno, en dónde la percepción de lo real queda desdibujada aún.

La carga proyectiva va a tener las características de lo absoluto, la omnipotencia infantil liderado por el Yo Ideal, esto hace que el objeto sea requerido de forma perentoria e imprescindible, es aquel-aquello que da sentido a la propia vida y si no está se convierte en el paradigma de la maldad.

La idealización y la desconfianza están servidas. Las relaciones carecen aún de una posibilidad de intercambio enriquecedor y mutuo. La comunión en la diferencia va a tener que esperar hasta el 2º Subestadío Anal, y la organización edípica para poder ser disfrutada. Esta nueva organización permitirá la apertura a los vínculos, dónde el 3º impone la presencia de lo real... dando lugar a una tercera dimensión. Aquello de fuera incognoscible, ausente, pero no por ello inexistente., ni malvado.

c.-LA INVESTIDURA ANAL

Vamos a detenernos para tratar de perfilar el tipo de investidura que caracteriza las relaciones objetales, aunque ha quedado más o menos implícita en los apartados anteriores.

El amor a las materias fecales es la primer manifestación de amor de un objeto percibido como independiente del propio cuerpo. Frecuentemente la retención, y el control de las heces son los prototipos de la conservación y del control de estos objetos cuya posesión es tan necesaria para el equilibrio narcisista del sujeto. Esta relación con las heces hace de puente o bisagra entre el narcisismo y la relación de objeto (Abraham).

Mediante sus actividades anales, el obsesivo y el niño, expresan sus diferentes sentimientos con respecto al objeto. Las heces pueden tomar el significado de un buen objeto que se da por amor, o de un instrumento de destrucción por proyección sobre ellas, de los afectos del sujeto; siguiendo la predominancia de uno de los dos pares antitéticos amor-odio. Dicha alternancia sólo va a poder llegar a una integración en el 2º Subestadío Anal, dónde la intrincación de la libido y agresión permite que la investidura afectiva llegue a la llamada ambivalencia, y salga de la divalencia.

La fragilidad en la internalización de un objeto total, dónde la integración ambivalente se haya logrado, lleva a nuestro sujeto a vivir los horrores de mantener como anclajes objetales, introyecciones parciales cargadas de investidura agresiva de gran intensidad. Esto puede acarrear estados de pánico, como veremos más adelante en la viñeta clínica que voy a exponer. Veremos que el sujeto se siente habitado por una sustancia mala que pone en peligro su existencia e individualidad.

El gran problema en este 1º Subestadío Anal es el manejo de la agresividad, una agresividad que también se vive en clave omnipotente ("si me enfado mato") y que provoca la utilización de mecanismos radicales como la disociación entre afecto y representación, la negación, etc… El dominio y la sumisión expresan modalidades de investidura generadas por estas dificultades. Tenemos el ejemplo del niño encoprésico que retiene sus heces por la carga omnipotentemente buena o mala que les atribuye y no las suelta para no herir o no vaciarse de contenidos absolutamente necesarios.

d.-2º SUBESTADIO ANAL Y SUS ADQUISICIONES

El fondo de angustia, llamémosle pregenital, dónde el narcisismo –como decíamos-no cuenta aún con un apuntalamiento interno consistente que caracterizaba al 1º Subestadío Anal, va a irse atemperando en el 2º Subestadío Anal, éste prepara a nuestro sujeto hacia la elaboración edípica, con la complejidad que esto conlleva.

En este 2º Subestadío Anal, se va a conseguir una doble interiorización: la del objeto, que ha adquirido un estatus narcisista benéfico y la de una función yoica qe implica el control interno de los dinamismos pulsionales violentos en su vertiente destructiva. Esta última capacidad facilita la gestión y contención de las llamadas emergencias pulsionales y la capacidad de dosificar el intercambio de lo que sale de dentro y lo que se preserva. Aquí se irá estableciendo la diferencia entre sentir y hacer, no es lo mismo sentirse odiando que actuar el odio.

Winnicott, en su artículo sobre "el uso y la utilización del objeto" instrumentaliza la agresividad al servicio de la elaboración de la alteridad y el descubrimiento de la realidad en su aprehensión objetiva. Dicho descubrimiento se hace posible por la percepción de un objeto sobreviviendo al sentimiento de odio asesino consecuente con la frustración. Este movimiento posibilitado por una agresividad que se descubre "inocente" y no asesina, es la que abre la distinción entre lo perceptivo y lo representado.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El sujeto del 2º Subestadío Anal va a poder navegar por sus emociones con la garantía de que ésta va a ser una navegación íntima, contenida en su interior, sin peligro de derivar en actuaciones que pongan en riesgo sus relaciones objetales. Dichas relaciones empiezan a ser vividas desde otro ángulo, la de percibir "un Otro ajeno a mí que puedo seleccionar, rechazar, curiosear, etc... en función de poder percibirle con una definición propia que despierta mi curiosidad e interés". Esto es lo que llama Winnicott la utilización del objeto que en clínica permitirá el uso de la transferencia, como instrumento psicoterapéutico. Esto implica que en la aprehensión de los objetos del entorno, lo subjetivo y lo objetivo, conviven enriqueciéndose mutuamente. El objeto puede ser percibido objetivamente, no exento de la carga subjetiva de la que es depositario; aquí se abren los llamados Procesos Terciarios que Green ha definido como la convivencia exitosa, el Dentro-Fuera, y la capacidad de establecer el juego psíquico entre proceso primario y proceso secundario.

Con todo lo expuesto se entiende mejor que los autores hayan ubicado entre el 1º y el 2º Subestadío Anal, el eje evolutivo que separa la organizaciones no neuróticas de las neuróticas.

ÓPTICA NARCISISTA DE LA FENOMENOLOGÍA ANAL

Recordemos a Freud: El decía que una estructuración de la personalidad efectuada bajo el primado de lo genital y de lo triangular edípico, supone una completud edípica suficiente previamente realizada tras el pasado relacional pre-genital del sujeto.

No me voy a detener en la estructuración narcisista pregenital porque esto merecería, por sí mismo, un seminario cómo el que nos ocupa. Pasaré someramente a describir la conquista de ese equipamiento, me refiero al equipamiento narcisista, que se irá dando a lo largo de la primera infancia, y es la consecuencia de un acoplamiento exitoso con el objeto.

Las primeras formas de satisfacción, es decir, el primer vínculo supone la construcción y el encuentro con un objeto doble de uno, no es fusión, es un semejante. Es el concepto de relación homosexual primera en doble, núcleo de la experiencia de satisfacción del Narcisismo primario. El objeto acepta "jugar" de forma satisfactoria, es la función de Espejo Primario. Se va organizando un vínculo suficientemente seguro con un objeto investido progresivamente "percibido-construido" y concebido como un doble de sí. Se instaura el placer captado en el ballet del encuentro con otro, lo suficientemente similar y lo suficientemente diferente. El fracaso en este "ballet Corporal" inicial implican los fallos narcisistas (Rousillon "La naissance de l'objet" (2010),

La vivencia de uno mismo, pues, es una conquista del Yo, asistido por un objeto que refleja, como en el mito de Narciso, la imagen proyectada en el estanque de la mirada objetal. La condición es que el estanque no contenga aguas turbias o contaminadas con una carga propia que enturbie

la visión del niño. Es en este caso cuando se darían las ingerencias de los narcisismos parentales que van a interferir en el equipamiento propio. (El texto de Francisco Palacios y Juan Manzano sobre los escenarios narcisistas de la parentalidad, darían cuenta de este tipo de ingerencias).

Se va estableciendo el juego de reflejos internos del llamado "doble autoerótico" en el que el sujeto es al mismo tiempo objeto pasivo-observado y sujeto activo-observante. Este proceso conlleva investir incesantemente el cuerpo erógeno, apropiarse de sus propios miembros, de sus zonas erógenas, que van eclosionando, precisamente, al contacto con el objeto y con la participación de su investidura libidinal. De ahí su cualidad, a la vez, de separar y unir; el Yo-Cuerpo y la representación de sí, le serán tributarias.

Sobre la vivencia de un cuerpo investido libidinalmebnte por el objeto, se va erigiendo la capacidad de observarse, que deriva en el llamado Yo Observador de la tercera dimensión psíquica, dónde el sujeto va a desarrollar la capacidad de auto-observarse. Todos los verbos reflexivos testimonian la función de ese Yo Observador: pensarse, cuestionarse, quererse, compadecerse, etc...

La conquista narcisista pregenital podría definirse, como la conquista de vivirse siendo uno diferente del objeto, con una investidura auto, estable, con ligeras incursiones ocasionales al reclutamiento de la sostenibilidad del objeto, para verse y reconocerse.

Va a ser en el 2ª subestadío anal, dónde va a culminar el llamado Narcisismo Secundario que respalda la vivencia, no sólo de ser, sino de contener, valía, poder..., es el narcisismo mas uno que dice Eiguer, el anterior era el básico, el narcisismo cero.

Este movimiento hacia el narcisismo secundario va a requerir el aporte donado por los padres que, a su vez, pudieron albergar ese sentimiento de autovalía, inviolable que puede compartirse y se puede donar. Esto implica una representación narcisista íntima bien asentada por parte de ellos con una investidura estable, que al ser transferida no se daña o desgarra, sino que se renueva

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

permanentemente. Los padres, pues, necesitan haber desarrollado un Ideal del Yo funcionando adecuadamente, propulsando hacia un logro narcisista satisfactorio en el presente, pudiendo favorecer la reparación de las heridas de estos logros, con una expectativa proyectada hacia el futuro, en una negociación continua, en dónde la espera y la temporalidad mantienen el esfuerzo, con la ilusión del logro en el futuro.

Es pues, en la fase llamada fálica, soldada al 2º Subestadío Anal, en dónde el niño se siente atravesado por ese don simbólico de poder que los padres le dan, es el llamado falo. La vía fantasmática de incorporación del falo paterno-materno es anal. A diferencia del pene, con el que suele confundírsele, el falo es un objeto imaginario y simbólico, de naturaleza eminentemente narcisista, común al hombre y a la mujer. El pene es el órgano sexual real masculino.

Al adquirir el falo, el niño debe dejarse penetrar por él, no masoquistamente, sino entregarse a un deseo de incorporar algo que viene de fuera, que no daña o humilla sino que se desea obtener. Ese "algo que viene de fuera" debe estar sostenido por unos padres a los que se puede mirar con admiración.

Veamos cómo lo describe Bergeret: "Para obtener uno mismo el derecho al poder narcisista íntimo de base, habría que someterse a este poder simbólico parental, universal, todavía no sexuado, dejarse penetrar por él, pero no sádicamente sino en una posición de recepción de un don simbólico de poder por aquellos reconocidos como albergándolo. Muy por el contrario, un aporte tal, refuerza la integridad del sujeto y su plenitud.

Todas las religiones recomiendan una posición simbólica de aspecto genupectoral, de respeto y de espera hacia el potencial de poder susceptible de ser otorgado por la divinidad. En una regresión simbólica más avanzada la incorporación del Poder, se vuelve oral. (:...) También lo encontramos en la forma de armar un caballero en la edad Media, (...) de nuevo para que esto se dé, el niño no tiene que temer los efectos molestos del narcisismo parental, sino ser capaz de reconocer poco a poco lo positivo de los padres, y ver nacer, también progresivamente, las ganas de apoderarse de tales capacidades para su desarrollo".

Evolutivamente, va a ser el falo de la madre, el que una vez incorporado, dará entrada al del padre. En el varón éste ultimo sostiene la identificación masculina.

El niño poco a poco, irá sintiendo sus erecciones, no sólo narcisistas, sino progresivamente sexualizadas, aquí se va a abrir a la heterosexualidad, y al reconocimiento de las diferencia sexual, solicitando al otro sexo diferente, para su satisfacción, la erección como un regalo no como un arma de dominio.

Es el control fálico el que, también, preparará a la niña para el goce vaginal. Cuando imagina haber dejado penetrar en su interior, y haber `podido controlar e integrar el falo materno y el falo paterno, éste último podrá ser vivido después como un pene. La sexualización de esta representación del falo vuelto pene, sostiene el principio de la identificación secundaria, y por tanto sexual, y transpone la identificación, hasta entonces primaria, -por tanto narcisista-de la niña con la madre y el padre, a Identificación Secundaria.

La incorporación del falo en ambos sexos ha requerido una integración pulsional que atempere la violencia del estado anterior y rescate al sujeto de un manejo de sus emociones con retenciones y evacuaciones intempestivas. La vivencia del intercambio se va sosteniendo en un poder dar y recibir, sin perder la integridad , ni despojar al otro de la suya.

Todo el empuje narcisista adquirido en a analidad va a permitir ir hacia los objetos desde el Deseo, sosteniéndose ambos sexos por unas identificaciones, como decíamos, de género que han sido la cosecha de una incorporación fálica adecuada. De ahí que la analidad sea considerada la bisagra entre el narcisismo y la sexualidad.

Nuestro sujeto culminando este periodo, puede recrearse en una territorialidad propia, con una demarcación más perfilada. Un continente con la posibilidad de abrirse al intercambio en función de la propia voluntad. Continente que alberga un contenido valioso y consistente, dónde el sujeto puede retirarse a descansar y protegerse de las frustraciones, que el mundo exterior, inevitablemente, le va a prodigar.

Las dificultades en la configuración de lo fálico en la fase narcisista, darán lugar a una fetichización de la sexualidad, confundiendo el falo con el pene, requiriéndolo a través de la sexualidad ávidamente en ambos sexos en una búsqueda narcisista Inagotable. El fracaso en esta adquisición lo ilustra muy bien, como dice Chasseguet-Smirgel (1978) colocando al Marqués de Sade como ejemplo de aquellos que viven en un "mundo anal" dónde todo se reduce a la misma materia y toda diferencia se elimina. La autora concibe esta degradación reductiva como la esencia del sadismo anal y la explica fundamentalmente, como una reacción ante la envidia activada por las diferencias de genero y diferencias generacionales. Todos los peligros psicológicos entre los que se incluye la herida narcisista y la envidia del pecho y del pene, pueden generar la amenaza de una regresión hacia la nada:

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

la indiscriminación, el anonimato, la pérdida de identidad e individualidad hasta la deshumanización.

Voy a ilustrar las dificultades en la integración del Narcisismo Secundario y del aprovisionamiento en el interior de una vivencia fálica que sostiene el narcisismo, con 2 viñetas clínicas. La primera se trata de una paciente que acude motivada por un insomnio recurrente desde hace un tiempo. Tiene un funcionamiento básicamente fobico con fijaciones anales que me permiten ilustrar los contenidos que vamos viendo.

P: "Me aclaró mucho el darme cuenta de que estoy demasiado centrada en lo que no hago, pendiente de lo que no he hecho, culpándome de vaga, inútil, estoy demasiado centrada ahí, y me doy cuenta de que no lo dedico tiempo a mis hijos o a lo que hago. No lo veo. Me estoy tratando de centrar en la aceptación que tiene el ser así, y que si no hago, no pasa nada. Se me va la vida pensando en esos errores, como en esa insatisfacción y me enfoco ahí, todo en lo que no tengo.

"Es esa obsesión porque todo tiene que estar terminado como una obra de arte que tiene que ser perfecta. Hasta el último detalle, como no veo el resultado final, no valoro, estoy siglos y siglos, dándole al cincel, y después me desplomo. Por ejemplo, me voy dando cuenta que llego a casa y está todo como un volcán y recojo, y recojo, y tiene que quedar perfecto, y eso me crea muchísimo stress. Me estresa la brecha y habrá que vivir en la brecha... el saber vivir en la imperfección. No sé hacer esto. Y me digo ¿para qué me sirve la inteligencia? Hice una carrera pero, eso que se llama la Inteligencia Emocional, no la tengo... Tengo que hacer un aprendizaje desde Cero. Verme imperfecta y aceptarlo".

(*Es un relato fidedigno de la angustia de vivir tiranizada por el Ideal, la obra perfecta, la incapacidad de tolerar la castración, el límite, la incapacidad de renunciar a una proyección ideal de la imagen de sí misma*).

A: "Quizás en su casa, no se le ha podido transmitir esa tranquilidad de sentirse poderosa con la brecha".

(*En esta intervención trato de llevar la dificultad de la paciente a las identificaciones con unos padres que no han llegado a transmitir un narcisismo más evolucionado*).

P: "En mi ama si veo ese stress, una brecha grande, siempre esa queja de su malestar físico, ella lo llama fibromialgia, y yo veo que está molida emocionalmente. He vivido su inquietud en no poder llegar, y toda la casa patas-arriba".

A: "¿El querer llegar a todo y no llegar a lo esencial?".

P: "Ella cosía redes en el puerto y quería llegar a todo. Cargaba con todo... ella empapelaba la casa, la pintaba, hacía la comida, cosía, ella lo sabe todo. Era como un ídolo, como un dios. Era activa y fuerte. Cuando soy adolescente, me pone de los nervios, sigue hiperactiva. Siendo mayor se hace daño con eso, todo el día corriendo y corriendo, y me doy cuenta de que yo me repito. Es el mismo perfil. Me quiero reprimir y controlar esos espasmos".

A: "La diosa sigue muy vigente dentro".

P: "Debe estar muy vigente, pero no me doy cuenta, y si lo pienso, mi abuela era igual. Ella lo abarca todo".

A: "Sin brechas".

P: "No me gusta nada ese mundo, no hay afectos, no hay intimidad. Es un mundo sin brechas, no recibo. Es un mundo de libro, no se habla de sentimientos... Es una relación de necesidad más que de afecto y yo tengo un pensar infantil que si no me cobijo ahí, estoy perdida. Yo voy y voy pero sin afecto."

(*La reiteración de la paciente en un mundo sin afecto, sufrido y despiadado, es un excelente relato de la tiranía narcisista dónde la escisión de lo pulsional tiene que mantenerse para mantener el Yo Ideal*).

Recordemos que : "El Yo Ideal no es fruto de identificaciones secundarias, sino de una imagen antipulsional de los padres víctimas, a su vez, de un Yo Ideal omnipotente. Al situarse en un todo o nada radical y sin matices, el fracaso ante la realidad se vive como una herida narcisista y no como un sentimiento de culpabilidad negocible.

El Yo Ideal va a ser un resto del narcisismo omnipotente del infante, la predominancia de la referencia narcisista en Yo Ideal, sitúa al sujeto bajo el signo de Thanatos ("El Malestar en el Superyo". Revista APM. Eloísa Castellanos)

Voy ahora a exponer otro ejemplo dónde, otra paciente se desliza en esta confusión a la que hemos aludido entre el falo y el pene.

Se trata de una paciente que tuvo una descompensación depresiva en la adolescencia, y que acude a mí tras la ruptura con una pareja. Tiene ahora 28 años y venimos

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

trabajando en sus identificaciones femeninas y la dificultad en hacerse con una conquista de una identidad, en la que se sienta deseable, querible y potente.

Esta sesión es posterior a una semana en la que ella ha pasado unas vacaciones con unas amigas, y empieza diciendo cómo le irritaba una de sus amigas, porque veía que dependía excesivamente de su novio. Asocia con que tuvo un percance en dónde ella coge una maleta que no era la suya, pero que era igual. Se da cuenta al llegar al hotel, el dueño de la maleta se la reclama y vuelve al aeropuerto pero su maleta está extraviada, asocia con que ella se siente muy excluída cuando sus amigas hablan con otros chicos y ella siente que ella no es tan deseable como sus amigas y se siente invisible.

P: "Veo que la base de todo esto es la autoestima. Si no soy protagonista, me quedo atrás, y también me doy cuenta de que no hay por qué ser rivales. Tengo esa tendencia a verlo todo desde el "Todo o la Nada".

A: "Igual le irritaba su amiga porque hay una parte de Ud. que se identificaba con ella en el sentido de depender mucho del hombre para sentir que tiene "su maleta" en su poder. Si no está con un hombre, siente que le han robado la maleta..."

(*La paciente también había hecho alusión a la sospecha de que le habían robado su propia maleta y me pareció que la maleta era un buen símbolo del robo de su feminidad, en ausencia del hombre. Aquí podemos comprobar cómo hay una confusión entre el tener el pene del hombre, -es decir la sexualidad en activo-, y la vivencia fálica femenina internalizada*).

P: "Es como si fuera por la vida con al cabeza agachada ¿Es que acaso no existo...? Yo soy la que me estoy comportando así no son los demás. Me doy cuenta de que en una época era superfeliz, ahora es como si hubiera perdido eso..."

A: "Pedro le robó la maleta?"

(*Pedro es el antiguo novio, tras cuya ruptura tuvo que acudir a tratamiento*).

P: "Sí, y poco a poco tengo que ir recuperándola. Yo le quería tanto que te quedas dependiente. En la época feliz no quedaba tanto con él... pero siempre pensaba que iba a acabar estando con él, aquello se me ha olvidado..."

A: "Quizás se sentía feliz, porque sentía que él iba a estar siempre ahí, devolviéndole su valía".

(Ella se veía a través de él, ahora se siente invisible).

P: "Me cuesta mucho nivelar la balanza.-No pensar que yo no valgo, y que ellos les prefieren a las otras. Y la balanza sería que no, que esto no es así, que algunos prefieren a otras porque son distintas. Yo también prefiero a unos más que a otros".

Comentario: Este material testimonia la dificultad en la espera de una relación de pareja satisfactoria, la ausencia del hombre en su vida esta muy asociada a la castración narcisista que implica la identificación de genero, cuando hay una insuficiente elaboración de las diferencias de genero.

OPTICA SIMBOLICA DE LA FENOMENOLOGÍA ANAL

En este periodo se van consolidando importantes logros en el desarrollo simbólico que van a permitir que el sujeto se sienta albergado de unos recursos con los que antes no contaba para adaptarse a la realidad. En efecto nuestro sujeto recurre a un pensamiento en el que puede irse reconfortando en ausencia del objeto, un pensamiento que distingue lo de dentro y lo de fuera, lo cual implica un gran sosiego al frenar las angustias de ser invadido o evacuarse en el exterior. Un pensamiento finalmente que sentara las bases para el trabajo de la latencia y "el placer de pensar".

En la Analidad se consigue la integración evolutiva entre mente y cuerpo, que conduce al establecimiento de las fronteras del Yo y del sentido de Si mismo independiente, gracias a la conquista de las asistencia de un objeto estable en el interior. Esto permite el desprenderse de lo percibido como asidero narcisista. La separación dentro-fuera se logra mediante el registro psíquico continuo diferenciado de lo que se encuentra fuera y dentro, del cuerpo y de la mente. Los mundos que se encuentran dentro y fuera se han convertido en representaciones mentales.

El garante de esta representación, no va a necesitar lo percibido y esto se debe a que la elaboración de la ausencia ha avanzado suficientemente. Las diferentes escuelas han ido hablando de este movimiento aludiendo a "la separación individuación (M. Malher)", la permanencia del objeto (Piaget), del "uso a la utilización del objeto" (Winicott).

El afianzamiento en la elaboración de la ausencia va a permitir que el objeto en el interior se pueda apartar de la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

conciencia, se pueda rememorar después, en definitiva se preste al "juego" intrapsiquico. La garantia de que algo sigue permaneciendo vivo sin el control perceptivo, tiene su correlato en lo intrapsiquico como la tolerancia a lo incognoscible.

El establecimiento de representaciones mentales estables que garantizan dentro la constancia objetal se hace posible mediante la transformación también de sensaciones corporales en pensamientos, de ahí que la erogeneidad de los orificios apuntale la vivencia de una frontera Yo-NoYo con aduanas-zonas de intercambio dentro-fuera dónde los contenidos de lo que sale y entra puedan ser controlados como el bolo fecal.

Es en el estadio anal dónde se establece la conquista de poner en relación el interior con el exterior (sostenido en la sensación bolo fecal-muscosa anal). Interior con exterior (sostenido sobre las heces y su expulsión). La erogenedidad de los orificios, decíamos que permiten la vivencia de un intercambio. El objeto interior despegado del exterior y el self de los objetos, establecen relaciones mutuas de intercambio y enriquecimiento.

Al mismo tiempo, la confluencia de las corrientes agresivas y libidinales en la relación objetal permiten la conquista de la ambivalencia con la apertura a vivencias más libres y dinámicas.

Todos estos logros se deben a que las representaciones adquieren un grado de complejidad y estabilidad que hacen que el sujeto pueda hacer de su pensamiento una plataforma sostenible.

Los niveles progredientes de mentalización permiten que el pensamiento vaya generando también, niveles de contención, también progredientes en el manejo de lo pulsional. Es en el 2º Subestadío anal dónde se adquiere un desarrollo yoico que va a poder manejarse conteniendo el afecto, gracias a ir generando un pensamiento que permita que la ola pulsional quede sostenida y contenida en lo representado. Veíamos que en el 1º Subestadío Anal dicha ola saltaba a menudo los diques del pensamiento para invadir y anegar al Yo, dando lugar a la actuación como una forma de luchar contra el exceso en lo intrapsíquico.

El descubrimiento de la contención desvela también la capacidad de "sentir" navegando por el espacio interior, el sentir diferenciado del hacer.

El empuje a la secundarización supone también un apertura a un pensamiento que permite ese "intercambio" con el afuera, aunque todavía la representación-palabra está a veces tratada como la representación-cosa, es decir, cargada del pensamiento animista de espaldas a la realidad. La palabra para que integre lo conceptual necesita de la colaboración del superyo post-edipico, habrá que esperar el periodo de latencia para estas conquistas. Veremos que en la Neurosis Obsesiva la regresión a este funcionamiento simbólico da lugar a un pensamiento con una carga omnipotente notable.

Será la contención de la actuación la que va a permitir, como decíamos, el relanzamiento del pensamiento y de la palabra que resulta de la suspensión de la acción como descarga.

Voy a ilustrar todo esto con dos sesiones de la misma paciente, separadas una de otra de un período de un año y medio de trabajo psíquico para demostrar el alivio que supone el trabajo en todos estos contenidos.

CASO CLÍNICO

Se trata de la paciente que nos ilustraba el trabajo en el Yo ideal.

1ª sesión:

P: "Siento pánico. Anoche me pasó lo de siempre, no pude dormir, era espantoso el sentir que me tenía que enfrentar al lunes" (La paciente da clases en un Instituto, y siente temor en tener que enfrentarse a sus colegas y alumnos),

"El tipo de relación que mantengo con los demás, me tortura; la falta de confianza en que puedo despertar algún aprecio, no significo nada. Me tortura la insignificancia, el pensar que el otro no me tiene en cuenta. Esa paranoia parte de mí, es como una carrera que tengo que ganarme, un aprecio, un interés, es un descoloque, estoy fuera de juego, cada día es una lucha, comparando, intentando averiguar".

"Con mi marido es lo opuesto, es como un enchufe. El me tiene que eliminar todo, sé que es injusto para él; soy despreciable, no ofrezco lo que soy. No me puedo entregar, soy artificial, y me quedo con toda la pus".

Aquí vemos como la paciente vive en un estado de autodenigración, con un narcicismo muy tambaleante que requiere a su marido como un soporte, sabe que eso es injusto pero no lo puede evitar. El pánico tiene que ver con los mecanismos proyectivos y la vivencia de una frontera dentro-fuera todavía inconsistente dónde teme que su estado pueda "verse" desde fuera.

A: Le digo que "parece que está en un ataque perman-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ente contra sus potencialidades".

(*Con esta intervención trato de que tome conciencia de la vuelta de la agresión contra sí misma, para salir de esta vivencia de ser un producto fecal*).

P: "La dignidad me la tiene que dar él. El otro día viendo la TV. Había una mujer que decía "A partir de ahora lo que hay que hacer es lo que a una le gusta". Estaba muy segura de sí misma y me daba mucha envidia. Tengo sentimientos de adolescente. Todo el tiempo pensando si voy a caerme, no he llegado a esa madurez, tengo falta de seguridad. No sé qué ofrecer. Ni soy un producto... ¿Qué soy? Soy un diseño sin definir".

A: "O su diseño lo desprecia".

(Sigo insistiendo en los mecanismos de vuelta de la agresión contra sí misma).

P: "Soy despreciable, mala, fea inútil, transparente. Nadie me echa de menos. No soy interesante. Como una sombra.. que va. Cada cosa que hago, no estoy segura de que esté bien. Tiene que estar todo perfecto".

A; "Sí, O perfecta o la nada..."

P: "No tengo ningún interés para los demás, creo que me quedo siempre en el olvido. El hablar para mí es una sobreactuación nerviosa. Veo la línea tranquila de hablar, de estar con los demás más segurola; me sale todo mal. Si hablo soy despreciable, y si no hablo también. Quiero vivir desde la tranquilidad. Quiero que mi cerebro descarte dudas en las relaciones. Y descarte esa carrera por cumplir".

A; "Sí, quiere dejar el ideal de lado".

P: "No es humana la actividad cerebral que llevo. Llega un momento en que se me funden los plomos, reviento."

(*Aquí, la paciente hace alusión al anclaje en un pensamiento hiperactivo como una forma de asirse a un objeto controlable en el interior, tiene miedo al estallido anal... a reventar*).

"Estoy en carrera cada minuto. Como un carruaje, el que llevo, con un enorme peso. Quiero desactivar el cerebro de tanta porquería, los tiros van por esos juicios, esos prejuicios, esas descalificaciones. Es una tortura.. ¿Quién me juzga? ¡No he matado a nadie!. Estoy como ante un gran tribunal..."

A: "Sí, dentro y lo coloca fuera, justificándose ante los demás".

(*Aquí trato de hacer alusión a la proyección de un SuperYo con una carga sádica importante en el entorno*).

P: "Me acuerdo del sueño dónde había matado a alguien, el cuerpo estaba enterrado, matado por accidente, va a aparecer el cuerpo del delito, tengo como un crimen a mis espaldas. Estoy convencida de que soy culpable. ¿Cuál es el mal que he hecho? ¿He matado a alguien de verdad?

A: "Siente que ha matado a alguien... No lo ha matado. ¿El cadáver es el de su padre?"

(*En esta intervención, de nuevo, trato de que la paciente pueda diferenciar la Fantasía entre el Sentir y el Hacer. Hago alusión al duelo de su padre que es un trabajo pendiente en su interior*).

P: "Mi padre, creo que se murió por ser malo. Una compañera me dijo: "Tu padre se murió porque bebía mucho vino" Creo que el ser malo le ha llevado a morirse".

A: "De nuevo, confunde el sentir con el hacer..."

P: "Es que soy agresiva, no caigo bien, tan retenida... Cuando soy agresiva tampoco me gusto. Estoy siendo mala".

A: "¿Y se va a morir como su padre?"

(*Esta intervención hace alusión a un objeto paterno ligado en su interior con la connotación de estar poseída por la malignidad, como hemos aludido en los contenidos teóricos expuestos previamente*).

P: "La maldad me lleva al desprecio y la muerte. Cuándo me dicen ¡qué majo era, y que era buenísimo, y que era inteligente! ¡Era igual que yo! Yo pensaba que murió por maldad.

A: "No pensaba, piensa¡" (Esta interpretación trata de poner de manifiesto cómo la vivencia de un objeto malo, activa un sentimiento de indignidad y de desprecio y de potencial destructivo en el presente).

P: "Eso de ser mala para mí es terminal".

(*En este material mi paciente nos transmite con nitidez y elocuencia un intenso sufrimiento psíquico derivado de un manejo inadecuado de su agresividad –vuelta contra sí misma, y vivida omnipotentemente-así como de la persistencia de un Yo Ideal liderando su narcisismo y de-*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

rivado de una frontera Dentro-Fuera, mal configurada.)

La misma paciente, nos dice esto año y medio después habiendo remitido su insomnio:

P: "Estoy como enterrada, con una bomba que tiene que estallar… es como un pulpo con un montón de tentáculos, la culpa, el miedo por odiarles, (se refiere a su familia), por esconderme, la penitencia de por vida, por ser culpable, por odiarles y por haberme dado esta vida y ser una desagradecida. Soy anti todo, antisocial, antifamiliar, antiamigos. Tendré que experiementar que estoy libre de esa culpa. Tengo que experimentar el odio y el rechazo, si no, no me veré libre de culpas. Me reprimo mi odio. Lo real es el odio, es lo único real, tengo que dar la oportunidad de enseñárselo, si estalla, tiene que estallar. Esto tiene consecuencia en muchos terrenos, salud, pareja".

A: Quizás necesita darse el derecho de estar enfadada sin sentir que pierde la dignidad.

P: "Si, que no me quiten ese derecho, esa memoria histórica, lo peor es que quede enterrada porque va a estallar; eso es lo que reclamo continuamente, expresar lo que siento aunque sea políticamente incorrecto, porque es mi verdad, la única que tengo. La opción de callarme existe, pero no es sana, es como la situación de las víctimas aquí, hay que darles voz, si no, la situación no se resuelve".

Comentario: Se observa en esta sesión el progreso de la paciente en hacerse cargo de sus sentimiento agresivos sin echarlos sobre ella, también la capacidad de vivir esos sentimientos como algo más manejable que pueden estallar, pero que para que no estallen necesita ponerlos en palabra y expresarlos. Se ha podido encauzar hacia el objeto la carga agresiva, eso supone "liberación", que es lo que ella nos transmite.

NEUROSIS OBSESIVA

La Neurosis Obsesiva es la consecuencia de una regresión a fijaciones anales previas, de ahí que algunas de sus características muestren detalles del funcionamiento psíquico en este estadío, fundamentalmente en torno al primer Subestadío Anal, dónde la carga de lo pregenital es muy elocuente.

El obsesivo vive atormentado por la necesidad de preservar en su interior un objeto que ha anegado con su sadismo y hostilidad ya que la integración libido y agresión aun es muy endeble. Sus sostenibilidad depende de su anclaje objetal, por eso perderlo implicaría la deriva hacia un funcionamiento psicótico.

Estos sujetos con su sentimiento de incompletud, su miedo, la incertidumbre de los límites de su cuerpo sus experiencias de despersonalización, están obligados a ejercer un control muy estrecho con sus objetos significativos, ya que la vivencia de posesión de éstos es absolutamente vital para ellos. Bouvet lo describe así: "Para ellos, mantener este equilibrio es vital, ya que suple las relaciones más evolucionadas a las que el sujeto no ha podido llegar, y puede haber cataclismos si se rompe el estado de equilibrio y coherencia del Yo".

La insuficiente integración de la líbido y agresión unida al sentimiento de omnipotencia aún vigente en este estadío hace que las investiduras afectivas oscilen de un polo a otro de forma dramática. La hostilidad adquiere tintes tanáticos que obligan a una recuperación del objeto a través de maniobras mágicas cargadas de remordimiento y mortificación por el sentimiento de culpa de haber destruido al objeto.

Lacan lo describe como: "Una enfermedad resultante de las primeras actividades de identificación del Yo, es el esfuerzo de restauración de ese Yo, el que se traduce en el destino del obsesivo, al ser un objeto de persecución tanática del sentimiento de pérdida de su unidad".

Vemos cómo el destino temido del objeto lleva como correlato, la pérdida de unidad y coherencia del Yo, los episodios fugaces de despersonalización a los que antes aludíamos, serían la consecuencia de esto.

El obsesivo se embarca, pues, en un esfuerzo titánico para conservar a toda costa su relación de objeto, ya que esto, aunque esté cargado de una agresividad desligada contiene en potencia un reservorio libidinal que constituye la protección contra la desorganización psíquica.

Las características del pensamiento en el obsesivo nos acercan a la comprensión del funcionamiento simbólico en este estadío. Freud habla de una disociación entre afecto y representación, es decir, emoción e idea. Este es un mecanismo que permite apartar la carga afectiva del pensamiento. La consecuencia es una racionalidad aséptica y árida sin la tintura subjetiva que aporta lo emocional. El obsesivo disocia los elementos en conflictos, y luego hace un desplazamiento de una representación a otra de importancia secundaria. En lugar de condensar, como hace el histérico, separa y desplaza. Separa también el cuerpo-sexualidad del pensamiento, tratando de resolver la conflictiva en el área del pensamiento, por eso se dice que es la más mentalizada de las neurosis.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Estos mecanismos disociativos que tratan de poner la vivencia afectiva fuera de la órbita de la conciencia, por vivir los afectos cargados de agresión omnipotente y destructiva, anidan sobre un funcionamiento mental que por regresión se viven en clave anal, es decir, con una ligazón entre proceso primario y proceso secundario aún endeble. En efecto, el obsesivo va dando bandazos de un pensamiento atravesado por el animismo mágico infantil a la racionalidad aséptica y anónima, expresando así la insuficiente actividad de los procesos terciarios que permiten unir sin confundir, un pensamiento y otro. Estos bandazos obligan al desarrollo de unas defensas que impiden la vivencia invasiva y fuera de la realidad del proceso primario. Son las defensas como la rigidez, el control, la minuciosidad y las verificaciones que garantizan un anclaje en la representación de lo real, aún frágil. Por otro lado, la anulación retroactiva testimonia el protagonismo del pensamiento mágico, conviviendo con la asepsia racional y lógica.

La fijación en estos niveles de simbolización sugieren una secundarización, quizás, precozmente desarrollada como defensa que luego va a dificultar la adecuada integración de los diferentes niveles representacionales.

Esta patología sugiere un cierto nivel de fracaso en los proceso de separación-individuación que no pudieron elaborar suficientemente un "juego" con la realidad externa a través de los fenómenos transicionales. Dicho fracaso va a generar el "fracaso" en lo intrapsíquico de la ligazón y armonía que permiten los procesos terciarios.

El obsesivo testimonia la dificultad de la puesta en relación de lo interno y lo externo haciéndolo convivir sin confundirlo, del pensamiento y el acto, de la fantasía y la realidad. Estas confusiones intermitentes, generan el pánico y la angustia que retroalimentan las conductas defensivas que secuestran muy a menudo su cotidianidad.

El paciente obsesivo, finalmente, agoniza en la frontera entre lo dual y lo triangular, sin poder respirar el alivio que supone ampliar su mundo al descubrimiento de una tercera dimensión" que permita el juego con los vínculos internos y externos.

CONCLUSIÓN

Nuestro Sujeto Anal recibe un empuje definitivo en este periodo tanto en el plano simbólico como narcisista, un empuje que le va a posibilitar una relación objetal con un nivel de autonomía en dónde lo percibido, no va a estar condicionado por la servidumbre narcicista. Es entonces cuándo va a poder aflorar el deseo y la selección de los objetos en virtud del enriquecimiento personal.

El equipamiento intrapsíquico para conducirse en el territorio emocional, impulsará a nuestro sujeto a poder aceptar la aventura vital y , -parafraseando a Winnicott – poder sentirse un ser vivo no sólo un superviviente.

BIBLIOGRAFÍA

Botella, C. y Botella, S. Más allá de la representación. Valencia: Ed. Promolibro.

Bouvet, M. La relation d´objet. Ed. PUF

Green, A. (1986). Narcisisme de vie, narcisisme de mort. Ed: Les Editions de minuit

Green A. Metapsicología Revisitada. Ed. Eudeba

Revista de A.P.M. nº 51.07 "Lo Pregenital y lo Genital"

Leguen Dictionaire Freudien Ed. PUF

Roussillon, R. y Bernard, G. (2010). La naissance de l´objet. Ed.Puf

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

EL DIBUJO DEL NIÑO PSICÓTICO EN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS DEL MODELO DE LOWENFELD

DRAWING OF PSYCHOTIC CHILD IN THE DEVELOPMENTAL STAGES OF LOWENFELD'S MODEL

Iratxe Redondo Rodríguez* y Ana Estévez Gutiérrez**

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo principal determinar cómo se sitúan los niños psicóticos, en relación con lo esperado para su edad en las etapas evolutivas del dibujo del Modelo de Viktor Lowenfeld (1972), y verificar si existen diferencias al compararlos con un grupo de niños con trastornos neuróticos. Para ello se seleccionaron 15 niños psicóticos y 15 neuróticos, y se recogieron muestras de dibujos de sus historias clínicas. Los dibujos se categorizaron siguiendo un instrumento diseñado ex profeso y basado en el modelo de Lowenfeld. Los resultados mostraron, que el 100% de los niños psicóticos elaboraban dibujos que se encontraban en etapas menos evolucionadas de las que por edad cronológica les correspondían. En relación a los niños con trastornos neuróticos, las diferencias fueron notables también en detrimento de los primeros.

PALABRAS CLAVE: simbolización, dibujo, niño psicótico, etapa evolutiva.

ABSTRACT

This study had as main objective to determine how psychotic children are placed in the developmental stages of Viktor Lowenfeld´s Model (1972) in relation to expectations for their age, and also to verify whether there were differences when compared with a group of children with neurotic disorders. With this purpose 15 psychotic and 15 neurotic disordered children were selected, and drawing samples were collected from their medical records. Drawings were categorized according to a measuring instrument based on Lowenfeld´s Model. The results showed that 100% of psychotic children elaborated less developed drawings comparing to their chronological stage. In relation to children with neurotic disorders, substantial differences were also encountered to the detriment of the former.

KEYWORDS: symbolization, drawing, psychotic child, developmental stage.

INTRODUCCIÓN

La capacidad simbólica está en la base de la cognición humana y de la cultura, considerándose el aspecto que mejor nos distingue del mundo animal (Deloache, 2004). La participación en cualquier sociedad exige del conocimiento de los sistemas simbólicos que rigen su funcionamiento, tales como los sistemas de escritura, los sistemas numéricos, y a mayor escala los sistemas filosóficos, éticos y religiosos (Deloache, 1995).

La capacidad de simbolización o representación está muy unida al desarrollo del pensamiento y de la inteligencia, y es un pilar fundamental para poder lograr una adaptación adecuada a las exigencias del entorno. Gracias a ella, podemos evocar lo ausente y mantener una constancia de las personas y los objetos; inventar códigos de comunicación compartidos; orientarnos en el espacio y en el tiempo; formar conceptos que nos permiten organizar mejor la realidad ahorrando recursos psíquicos;

* Licenciada en Psicología. Universidad de Deusto. Avda Julian Gaiarre nº 17-5º izda. 48004 Bilbao. España.

** Doctora en Psicología. Universidad de Deusto. Facultad de Psicología y Educación. Avenida de las Universidades 24, 48007 Bilbao, España. Tfno: 944139000 ext. 2878. Email: aestevez@deusto.es

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

hablar, leer, escribir y contar; asociar experiencias; anticipar eventos; pensar cómo pueden sentirse los demás y cuáles son sus intenciones; imaginar e inventar (Ahn, Gelman y Amsterlaw, 2000; Berger, 2007; Deloache, 1991; Papalia, Wendkos Olds y Duskin, 2001;Piaget e Ildeher, 2000).

La capacidad simbólica empieza a desarrollarse desde el nacimiento. Autores como Piaget (1961) sitúan la aparición de la misma alrededor de los 2 años de edad, cuando el niño puede ya formar imágenes mentales de objetos y acciones, y utilizar otros elementos (palabras, números, dibujos, etc.) para hacer referencia a ellas. Aunque esta edad de inicio concreta ha sido cuestionada por otros autores (Bonnet, 1983; Gibson y Walter, 1984; Zelazo y Clinton, 1993; Zelazo, Kearsley y Snack, 1993; Swain, 1993), se considera que a partir de ese momento su evolución hasta la edad adulta va siendo cada vez mayor.

Los problemas en la adquisición o en el desarrollo de la capacidad de representación repercuten gravemente en todos los aspectos cognitivos mencionados con anterioridad. Uno de los colectivos de la población clínica que mayores problemas de simbolización presenta es el que forman los pacientes con trastornos psicóticos (Epelbaum, 1997; Herrera, Alcatud, Jordan, Blanquer, Labajo y De Pablo 2008; Pestalozzi, 2003; Wetherby, Prizant y Hutchinson, 1998). Desde sus inicios, el término "psicosis" y por extensión el término de "trastorno psicótico" fue problemático y controvertido. Nunca existió una conceptualización y delimitación clara del mismo, y la aceptación de que pudiera desencadenarse en la infancia siempre se puso en entredicho (Ajuriaguerra y Marcelli, 2004). Sin embargo, con el tiempo ha logrado tener entidad propia dentro de las Teorías Psicodinámicas. Éstas teorías, utilizan la Clasificación Francesa como instrumento diagnóstico (CFTMEA-R, 2002), donde se establecen cinco grandes categorías de psicosis infantil: Autismo Infantil Precoz de Kanner; Otras formas de autismo; Psicosis precoz deficitaria; Síndrome de Asperger y Disarmonías psicóticas. Si tratamos de encontrar una equivalencia en el DSM-IV-TR (2001) o la CIE-10 (2001), advertiremos que no se contemplan formas de "psicosis infantil". En su lugar, aparece el término "Trastornos Generalizados del Desarrollo" (TGDs), con el que se puede establecer una correspondencia aproximada. En todos los cuadros clínicos descritos tanto en la CFTMEA como en la CIE-10 o el DSM-IV-TR, se hace referencia a una serie de síntomas característicos de la "psicosis infantil" o de los "TGDs". Algunos de éstos, tienen como base las dificultades en la capacidad para simbolizar.

Los síntomas a los que se hace referencia son los siguientes: El pensamiento resulta incoherente y desordenado con presencia de asociaciones extrañas, llegando incluso al delirio en algunas ocasiones. Esta desorganización repercute negativamente sobre los procesos de atención y razonamiento lógico. El lenguaje carece de intencionalidad comunicativa, y frecuentemente aparecen neologismos y ecolalias. Por otro lado, las expresiones afectivas y emocionales resultan incoherentes con el estado de ánimo, y pueden oscilar mucho de ser exageradas, a ser inexistentes. Así mismo, es posible que se den alteraciones sensoperceptivas, manifestándose en forma de alucinaciones bajo cualquier modalidad sensorial (especialmente auditivas o visuales), así como en forma de alteraciones perceptivas del propio cuerpo (fragmentación, cambio corporal, etc.). Como resultado de todo ello, el comportamiento resulta perturbado y desorganizado (Ajuriaguerra y Marcelli, 2004; Equipo docente y terapéutico del Centro de día Terapéutico-Educativo de Ortuella, 2005; Remschmidt, 2005).

La mayor parte de las investigaciones centradas en las dificultades de simbolización en la infancia y sus repercusiones sobre otros aspectos de la vida del niño se circunscriben a la influencia negativa que éstas tienen sobre el juego simbólico y el lenguaje. En ellas, se ha encontrado que los niños psicóticos muestran grandes dificultades y retrasos respecto a los niños que no tienen este diagnóstico (Ajuriaguerra y Marcelli, 2004; Garcia, 1995; Gray y Tonge, 2001; Kasari, Freeman y Paparella, 2006; Kernberg, 1997; López, 2005). El dibujo y la escritura, han sido también investigados, especialmente desde una perspectiva interpretativa, tratando de establecer correspondencias entre las características formales/estructurales de éstos, y aspectos de la personalidad y el mundo interno de las personas que los realizan (Cabrera, 2009; Hammer, 1976; Koch, 1980; Pulver, 1953; Speier, 1961; Vels, 1949; Viñals, 1999;).

Sin embargo, aunque las investigaciones en la rama interpretativa están muy desarrolladas, actualmente existe una carencia de investigaciones en las que se estudie de forma sistemática y completa el grado de desarrollo evolutivo de los dibujos de los niños psicóticos respecto a los niños de su edad. Así mismo, tampoco se conocen instrumentos de medida que puedan utilizarse con este fin.

Uno de los modelos del desarrollo evolutivo del dibujo infantil más reconocido a nivel mundial es el propuesto

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

a principios de los años 70 por Viktor Lowenfeld (1972). Éste autor, intentó explicar de forma sistemática la evolución de los dibujos infantiles en función de la edad. A través de sus estudios, trató de determinar qué características (motivos, elementos, formas de ejecución, etc.) eran comunes en los dibujos de los niños de una misma edad, descubriendo la existencia de una evolución en la realización del dibujo, y de unas etapas en las que ésta discurre. Las etapas propuestas por Lowenfeld son las siguientes:

Etapa del Garabateo (2-4 años).

En esta etapa, el niño va avanzando desde no apreciar relación alguna entre los movimientos que realiza con su mano y el trazo que aparece en el papel, hasta llegar a ser totalmente consciente de esta relación. El mayor control motor que adquiere, le permite realizar movimientos de barrido, líneas verticales, y círculos. Al final de la etapa, los garabatos empiezan a tener intención de representar algo, es decir, surge la capacidad simbólica como tal. Las primeras representaciones intencionales son de la figura humana. Éstas estarían formadas por un círculo que emularía la cabeza, del que salen unos "brazos" horizontales o verticales..En relación al color, éste tiene un papel muy secundario.

Etapa Preesquemática (4-7 años).

Las representaciones de objetos y figuras empiezan a ser reconocibles para el adulto. En el caso de la figura humana, aparece el tronco o algo que se le asemeja.

Como elementos constituyentes de las figuras, predominan los redondeles y los bastones, que son yuxtapuestos para formar brazos, cabezas etc., pero si éstos se aíslan del dibujo completo, dejan de ser reconocibles. Las proporciones entre los elementos o figuras no se respetan, asignando tamaños mayores o menores de acuerdo con los sentimientos y emociones que éstos le despiertan.

La disposición de los objetos en el espacio es totalmente arbitraria, porque los organizan desde un punto de vista egocéntrico, en relación consigo mismos y su propio cuerpo.

Con respecto a la elección del color, ésta continúa siendo arbitraria.

Etapa Esquemática (7-9 años).

Las figuras empiezan a realizarse a modo de "esquema", repitiendo continuamente su estructura, solo con alguna variación. Las proporciones entre los elementos siguen sin respetarse, pudiendo exagerarse o suprimirse algunas partes en función de sus intereses.

Respecto a la organización espacial, el avance más significativo es la aparición de la "línea de base"(o en su defecto el borde del papel) sobre la que organizan todos los elementos del dibujo. La utilización de dos líneas de base es indicativa de un mayor desarrollo y un paso hacia la perspectiva. Los problemas que les genera la tercera dimensión, los resuelven representando los elementos que son verticales (personas, casas, etc.) frontalmente, mientras que los horizontales (campos cultivados, piscinas, carreteras, etc.) se representan a modo de "vista de pájaro".

Son frecuentes los dibujos "en rayos X", que consisten en realizar transparencias donde en realidad no debería de haberlas. A veces utilizan varios folios para representar los diferentes momentos de un suceso, o de secuencia temporal completa (por ej. un día).

El uso del color se vuelve rígido en esta etapa, de forma que siempre utilizan los mismos colores para representar los mismos objetos (cielo azul, hojas verdes, etc).

Etapa del comienzo del Realismo (9-12 años).

Las figuras empiezan a ser mucho más elaboradas, tratan de caracterizarlas muy bien, con gran cantidad de detalles (niño con pantalones, niña con falda y coletas, etc.). Se supera la yuxtaposición de elementos, y cada parte empieza a tener sentido aunque se aísle del dibujo completo.

Las proporciones comienzan a respetarse, sin que se exageren ni reduzcan los tamaños arbitrariamente. En este caso, tampoco se dan omisiones voluntarias.

En relación al espacio, la aparición de elementos en distintos planos sustituye la "línea de base". Adquieren, además, la capacidad de "superposición" de unos elementos a otros, es decir, empiezan a ser conscientes de que lo que está en primer plano, tapa lo que está en segundo plano, y así lo representan también en los dibujos.

Los colores van acordes con la realidad, pero la relación elemento-color no es ya tan rígida como antes. El color empieza a utilizarse con matices (por ejemplo, verde hierba, verde árbol).

Etapa del Razonamiento (12-14 años).

A esta edad los dibujos se vuelven muy realistas, tratan de elaborarlos con mucho detalle, poniendo mucho énfasis en la anatomía humana (pechos, músculos, articulaciones). Las características sexuales de los personajes pueden ser muy exageradas. Su creciente sentido del humor y la crítica y constante a todo lo que les rodea, les lleva a representar el mundo de forma satírica y a través de las caricaturas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tabla 1. Diferencias en variables descriptivas de la muestra

VARIABLES		Grupo Centro de Día (Psicóticos)	Grupo CSM (Neuróticos)
EDAD MEDIA	Chicos	10.27	8.87
COMPOSICION POR SEXOS	Chicas	86.66%	46.66%
	Trastorno neurótico	13.33%	53.33%
DIAGNÓSTICO	Trastornos psicótico	0%	100%
	Ambos progenitores biológicos	100%	0%
SITUACIÓN DE CONVIVENCIA	Un progenitor biológico (separados)	20%	60%
	CONVIVENCIA	20%	13.33%
	Padres adoptivos	6.6%	13.33%
	Hogar tutelado	6.6%	13.33%
	Normal	46.6%	0%
SITUACIÓN ESCOLAR	Repitió puntualmente	6.6%	66.66%
		6.6%	13.33%
	No ha repetido pero recibe ayuda Individualizada (PTs, ACI…)	26.66%	13.33%
	Ha repetido y recibe ayuda Individualizada (PTs, ACI…)	60%	6.66%

PT= Pedagogía Terapéutica
ACI= Adaptación Curricular Individualizada

En este momento introducen la perspectiva en los dibujos (modifican el tamaño de los objetos con el alejamiento siguiendo un "punto de fuga") y también utilizan claroscuros y sombras, que dan noción de profundidad.

La revisión de la literatura realizada no ha mostrado que Victor Lowenfeld estudiara cómo se desempeñaban los niños psicóticos en la realización de los dibujos, ni de los niveles que éstos alcanzaban en las etapas evolutivas del dibujo que él propuso. Sin embargo, cabe esperar que dadas las dificultades que presentan en la capacidad simbólica o de representación, realicen dibujos que por sus características, se sitúen en etapas evolutivas previas a las que por edad les correspondería encontrarse. Tampoco se ha investigado cómo se desenvuelven los psicóticos en relación a niños que presentan otro tipo de patologías más leves (trastornos neuróticos).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El estudio que se presenta a continuación tuvo como objetivo principal determinar cómo se sitúan los dibujos de un grupo de niños psicóticos en las etapas evolutivas de Lowenfeld en relación a lo esperable para su edad cronológica, y en relación a un grupo de niños con trastornos neuróticos de una edad similar.

En primer lugar, se hipotetizó que una gran proporción de los niños psicóticos se encontrarían en etapas evolutivas previas a lo que por edad les correspondería encontrarse.

Una segunda hipótesis apuntó que existirían diferencias entre psicóticos y neuróticos en cuanto a evolución por etapas, y que los niños psicóticos se situarían por detrás.

MÉTODO

Participantes

Para el estudio se seleccionó una muestra clínica de 30 niños de dos centros de salud mental de la provincia de Bizkaia,15 pertenecientes a un Centro de Día especializado en el tratamiento de niños con psicosis infantil, y 15 de un CSM, con un diagnóstico de trastorno neurótico (trastornos con preponderancia ansiosa, fóbica, histérica, obsesiva, o con preponderancia de las inhibiciones. También se incluyen depresiones neuróticas, patologías neuróticas de la personalidad y trastornos neuróticos con predominancia de las funciones instrumentales).

La tabla muestra una descripción más pormenorizada de cada uno de éstos grupos en cuanto a algunas variables que resultan significativas (ver Tabla 1).

Variables e instrumentos de medida

La evaluación de las características de los dibujos, se realizó utilizando una tabla de doble entrada inspirada en el modelo de Lowenfeld, y elaborada "ad hoc" por las investigadoras (ver Anexo 1). Este instrumento novedoso, se construyó detectando en los textos de Lowenfeld las variables o elementos de observación que eran comunes a todas las etapas ("Figura", "Elementos", "Proporcio-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

nes", "Espacio" y "Color"). A continuación, se describió brevemente cómo se concretaban esas variables en cada etapa evolutiva (Garabateo, Preesquemática, Esquemática, Realismo y Razonamiento). La tabla permite categorizar cada uno de los dibujos según sus elementos, y ubicarlos en la etapa que corresponda sin que tenga que ser necesariamente en la que por edad cronológica deberían estar.

Procedimiento

Los dibujos tanto del grupo de niños psicóticos como del de trastornos neuróticos se seleccionaron a partir del material recogido en las historias clínicas desde septiembre de 2007 hasta junio de 2009. Todos los niños psicóticos del centro fueron susceptibles de ser incluidos en la muestra, siempre que sus historias clínicas contuvieran algún dibujo, de forma que 3 de ellos tuvieron que ser eliminados por no cumplir con ésta característica. La muestra de los niños con trastornos neuróticos se constituyó seleccionando de un CSM niños con este diagnóstico, con edades similares a los del otro grupo, y que a su vez hubieran realizado alguna representación gráfica durante el tiempo que llevaban en tratamiento, hasta igualar en número al grupo de los psicóticos.

Tras recoger los dibujos, éstos se clasificaron de acuerdo con las variables del modelo de Lowenfeld a través del instrumento descrito en el apartado anterior.

RESULTADOS

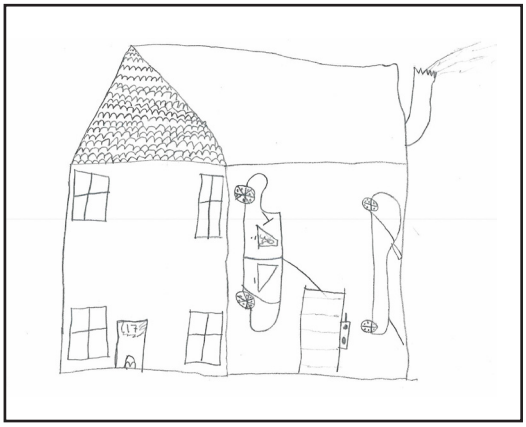
Para observar el posible retraso en la evolución de los dibujos de los niños psicóticos, se efectuó una comparación entre la Etapa Teórica (ET), es decir, en la que por edad deberían situarse sus dibujos, y la Etapa Real (ER), aquella en la que realmente se constata que se encuentran sus dibujos tras haber analizado sus características. Aunque la prueba Chi-cuadrado no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre ET y ER, c2(4, n = 15) = 6.52, ns., sin embargo, un análisis porcentual de la situación de los niños respecto a su ET, (ver Tabla 2) refleja claramente cómo éstas sí tienen lugar. El 100% de los niños psicóticos se encuentran en una ER inferior a su ET, situándose el 26.7% una etapa por debajo; el 46.7% dos etapas por debajo; el 20% tres etapas; y el 6.7% cuatro etapas (ver Dibujos 1, 2 y 3).

A continuación se muestra un dibujo representativo realizado por un niño de 10 años. Su dibujo debería situarse en la etapa de Realismo, pero las características corresponden a la etapa Esquemática. Como puede verse, aparecen elementos repetitivos, ausencia de proporciones y presencia de transparencias que no corresponden a esta edad.

Tabla 2. Frecuencia de los niños psicóticos en la ET en la que les corresponde

Coinciden	Por encima	Por debajo			
		1 etapa	2 etapas	3 etapas	4 etapas
0%	0%	26.7%	46.7%	20%	6.7%

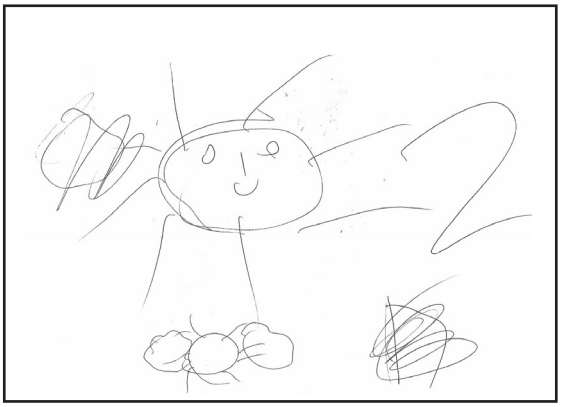
Bajo éstas líneas puede observarse otro de los dibujos característicos realizado por una niña de 8 años de edad. Su dibujo debería encontrarse en la etapa Esquemática,



Dibujo 1

pero las características corresponden a la etapa de Garabateo, con presencia de una figura humana formada por un círculo del que salen brazos horizontales y verticales.

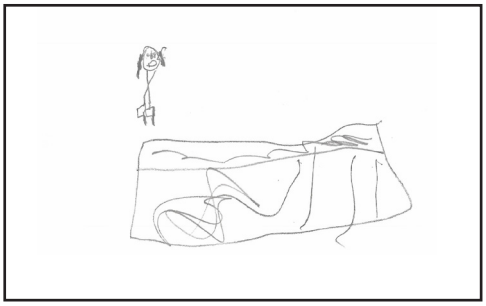
Finalmente, se incluye una representación realizada



Dibujo 2

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

por un niño de 13 años. Aunque debería situarse en la etapa de Razonamiento, sus características corresponden a la última fase de la etapa de Garabateo, con una incipiente figura humana, trazos en zig-zag, y combinación de líneas verticales y/o círculos.



Dibujo 3

En segundo lugar y antes de proceder a realizar comparaciones estadísticas entre el grupo de niños con trastornos psicóticos y el de neuróticos, se efectuó una comparación entre las ETs de ambos grupos con el fin de descartar que las posibles diferencias posteriores pudieran ser debidas a que la edad de partida fuese distinta. El resultado manifiestó que las ETs podían considerarse similares c2(2, n = 30) = 2.96, ns.

A continuación, se empleó la prueba Chi-cuadrado para tratar de verificar si existían diferencias entre las etapas reales (ERs) de los dibujos de los niños psicóticos y los de los neuróticos, encontrándose que éstas sí tenían lugar, y que eran estadísticamente significativas c2(3, n = 30) = 15.37, p < ,05. El Gráfico 1 refleja la distribución comparativa por etapas de los dos grupos. Tal como puede observarse, la totalidad de los niños psicóticos se sitúan en las primeras etapas (20% en Garabateo; 53.3% en Preesquemática; 26.7% en Esquemática; y 0% en Realismo y Razonamiento). Este patrón no se repite en el caso de los niños neuróticos, que mayoritariamente se encuentran en etapas más evolucionadas (0% en Garabateo; 6.7% en Preesquemática; 60% en Esquemática; y 33.3% en Realismo).

Finalmente, los análisis realizados con la prueba Chi-cuadrado para determinar si existían diferencias entre el grupo se niños psicóticos y el de neuróticos en los distintos dominios de las etapas, revelaron que las diferencias no solo se circunscribían a la distribución general por etapas, sino que se daban en todos y cada uno de los dominios estudiados. Así, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Figura, Elementos, Proporciones, Espacio y Color, con unos valores de c2(3, n = 30) = 16.25, p < ,05, c2(3, n = 30) = 15, p < ,05, c2(3, n = 30) = 15.01, p < ,05, c2(3, n = 30) = 12.93, p < ,05, c2(2, n = 30) = 6.67, p < ,05 respectivamente.

Los Gráficos 2 y 3 reflejan la distribución de todos los dominios en las distintas etapas en el caso de los dos grupos.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo consistió en estudiar cómo se sitúan los dibujos de los niños psicóticos en las etapas evolutivas propuestas por Lowenfeld (1987). En primer lugar, se hipotetizó que los niños psicóticos se encontrarían en etapas del dibujo anteriores a las que les correspondería por edad. Los resultados confirmaron que esto ocurría en el 100% de los casos, situándose algunos de ellos incluso tres (20%) o cuatro etapas más atrás (6.7%). Aunque las diferencias entre ET-ER no se vieron confirmadas por la prueba Chi-cuadrado, muy probablemente debido al tamaño reducido de la muestra de psicóticos, n=15, el análisis porcentual no dejó lugar a dudas. Este retraso en la evolución se ha constatado también en otros estudios sobre desarrollo general basados en las etapas de Piaget. Torres, Olivares, Rodríguez, Bahamonde y Berrios (2007) encontraron que el 70% de los esquizofrénicos adultos se situaban en el estadío de operaciones concretas, y tan solo un 6% alcanzaban el de operaciones formales (propio de la adultez); Katz (1991) observó que la mayor parte de los esquizofrénicos de su muestra permanecían en el estadío de operaciones concretas presentando muchas dificultades en el ámbito espacial, y el lógico-matemático.

Estos resultados reflejan las dificultades que estos niños presentan en el ámbito de la simbolización, debido principalmente a que el dibujo es una de las formas de expresión simbólica más habitualmente empleada por los pequeños. Al parecer, los niños psicóticos siguen la misma secuencia evolutiva que el resto de los niños, pero adquieren los patrones y características propias de su edad, a una edad más avanzada.

Sin embargo, no está claro que los psicóticos lleguen a avanzar hasta las últimas etapas del desarrollo del dibujo, dado que ningúno de los incluidos en la muestra estudiada se situó en la etapa de Realismo ni en la de Razonamiento. Por esta razón, y considerando que los adultos

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

psicóticos siguen presentando muchas dificultades de orden simbólico, sería interesante investigar de manera más exhaustiva si el desarrollo evolutivo de sus dibujos sigue adelante aunque de forma más lenta, o por el contrario, se detiene en la etapa Esquemática, sin avanzar mucho más allá.

El segundo lugar, la hipótesis sobre la existencia de posibles diferencias entre el nivel de desarrollo de los dibujos de los niños psicóticos y los neuróticos en las etapas de Lowenfeld, se vio también confirmada. Los resultados obtenidos muestran que los neuróticos realizaron representaciones evolutivamente más avanzadas que los psicóticos. Esta circunstancia resulta entendible si se parte del hecho de que las perturbaciones neuróticas no inciden de forma tan intensa y negativa sobre los procesos psíquicos y el juicio de realidad como lo hacen las psicóticas, dando como resultado un mejor ajuste general en todos los ámbitos (incluido el de la simbolización). Además, dichas diferencias no solo aparecieron al evaluar las etapas de manera global, sino que fueron significativas en todos y cada uno de los dominios estudiados ("Figura", "Elementos", "Proporciones", "Espacio" y "Color"), subrayándose así aún más la fuerza de las diferencias entre los grupos.

Para finalizar, se hace necesario mencionar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra de los niños psicóticos (n=15), obligó a que la muestra general fuera también reducida para que los grupos estuviesen equilibrados.

Por otro lado, la necesidad de trabajar con material ya recogido en las historias, impidió el acceso directo a la información necesaria para el estudio. Así mismo, el instrumento utilizado para el estudio debería pasar por un proceso de manera que ofreciese mejores garantías psicométricas.

A pesar de las limitaciones expuestas, es innegable que el estudio pone de manifiesto de una manera clara y objetiva las dificultades y el retraso que presentan los niños psicóticos en el campo de la simbolización. Además, cabe destacar que se trata de un estudio pionero en cuanto a metodología de investigación, ya que aunque los problemas que los psicóticos muestran en el área simbólica estén ampliamente documentados en manuales y estudios de orden más teórico, no se conocen investigaciones que hayan recogido datos sobre el desarrollo evolutivo del dibujo de una forma tan sistemática y completa.

El instrumento de medida creado, es otra de las aportaciones de este estudio, que al estar basado en el modelo de un autor muy reconocido en su campo, puede ser validado empíricamente, y utilizado como guía de observación y análisis en futuras investigaciones.

En conclusión a todos los datos obtenidos, cabe destacar la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la capacidad simbólica de los niños psicóticos, máxime si tenemos en cuenta la influencia e implicaciones sobre otros procesos psíquicos mencionados con anterioridad.

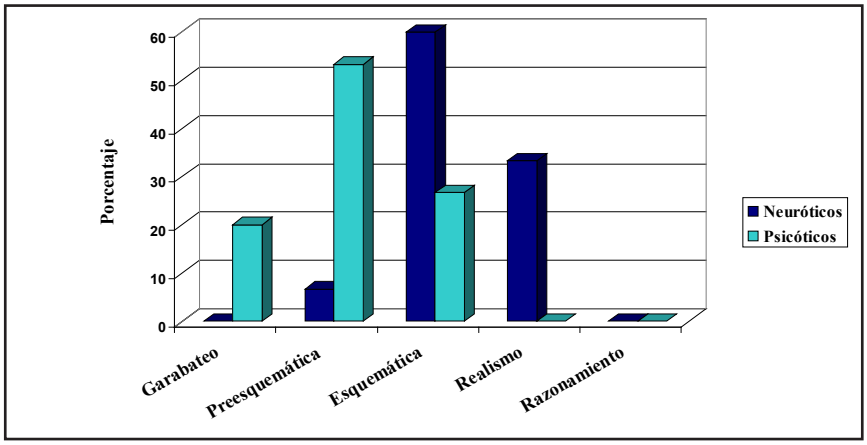


Gráfico 1. Distribución de los niños psicóticos y neuróticos en las etapas del dibujo.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

	GRUPO NEURÓTICOS (CSM)															GRUPO PSICÓTICOS. (Centro de Dia)														
ETAPAS DEL DIBUJO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ETAPA DEL GARABATEO (2-4 AÑOS)																														
FIGURA: Ausencia de figura o bien aparición del "renacuajo".																														
ELEMENTOS: trazos en zig-zag que varían en longitud y dirección, o bien combinación de líneas verticales y/o círculos.																														
PROPORCIONES: no existen, por no existir figuras o elementos reconocibles.																														
ESPACIO: No existe como tal. En ocasiones tendencia a llenarlo totalmente.																														
COLOR: Totalmente arbitrario. A veces elección de varios colores.																														
ETAPA PRE-ESQUEMÁTICA (4-7 AÑOS)																														
FIGURA: Las figuras más o menos reconocibles, con presencia de tronco o similar																														
ELEMENTOS: Yuxtaposición de elementos (redondeles, bastones) para elaborar el dibujo, que si se aíslan pierden su sentido.																														
PROPORCIONES: no respeta las proporciones, asignando tamaños mayores o menores de acuerdo con sentimientos y emociones.																														
ESPACIO: disposición arbitraria de los objetos en el espacio, organizados desde un punto de vista egocéntrico (en relación consigo mismo y su propio cuerpo).																														
COLOR: Uso arbitrario del color en las figuras.																														

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

	GRUPO NEURÓTICOS (CSM)															GRUPO PSICÓTICOS. (Centro de Dia)														
ETAPAS DEL DIBUJO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ETAPA ESQUEMÁTICA (7 a 9 AÑOS)																														
FIGURA: Utilización de esquemas que se repiten (mismos rostros, mismos árboles, misma casa…)																														
ELEMENTOS: a partir de figuras geométricas (círculos, triángulos o formas irregulares)																														
PROPORCIONES: no se guardan (exageración o supresión de partes).																														
ESPACIO: aparición de: - "línea de base"(acompañada de la de cielo en algunos casos) sobre la que organiza todos los elementos ó - presencia de "doblado", u - objetos en 3 dimensiones representados de manera "especial" ó - dibujos de "rayos X" (transparencias que no deberían existir), ó - ubicación en distintos folios para representar distintos acontecimientos o momentos del día.																														
COLOR: Totalmente arbitrario. A veces elección de varios colores.																														

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

	GRUPO NEURÓTICOS (CSM)															GRUPO PSICÓTICOS. (Centro de Dia)														
ETAPAS DEL DIBUJO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ETAPA DEL REALISMO (9-12 AÑOS)																														
FIGURA: Figuras muy bien caracterizadas, con gran profusión de detalles. En el caso de la figura humana, características externas que diferencian bien los sexos, por ej. pendientes, coletas, zapatos de tacón etc.																														
ELEMENTOS: los detalles tienen sentido aún si se aíslan del conjunto (superación de las yuxtaposiciones de elementos).																														
PROPORCIONES: Respeto de las proporciones reales (no exageraciones ni omisiones).																														
ESPACIO: Aparición de elementos en varios planos distintos. Adquisición de la superposición (unos elementos tapan los que quedan detrás, que no se pueden ver). Supone un avance hacia la tercera dimensión.																														
COLOR: Acorde con la realidad. Superación de la rigidez color-objeto e introducción de matices (verde árbol, verde hierba…)																														

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

	GRUPO NEURÓTICOS (CSM)															GRUPO PSICÓTICOS. (Centro de Dia)														
ETAPAS DEL DIBUJO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ETAPA DEL RAZONAMIENTO (12-14 AÑOS)																														
FIGURA: dibujos muy realistas, con muchos detalles, énfasis en la anatomía humana (pechos, músculos, características sexuales exageradas).																														
ELEMENTOS: reconocibles independientemente del conjunto.																														
PROPORCIONES: se respetan.																														
ESPACIO: introducción de la perspectiva a través de la modificación del tamaño con el alejamiento. Claroscuros y sombras que dan noción de profundidad.																														
COLOR: acorde con la realidad.																														

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

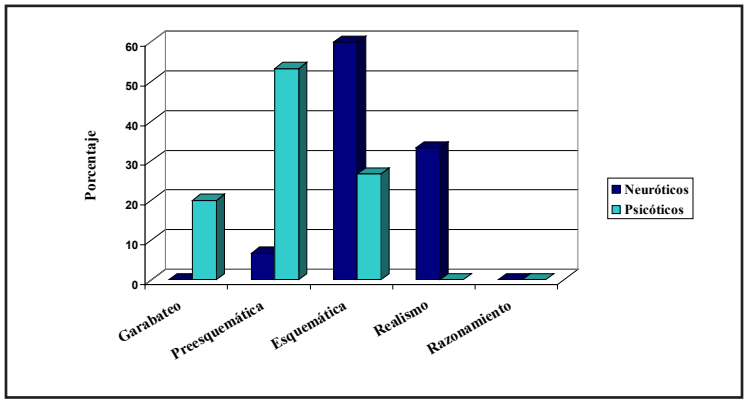


Gráfico 2: Distribución de los dominios Figura, Elementos, Proporciones, Espacio y Color en los niños psicóticos.

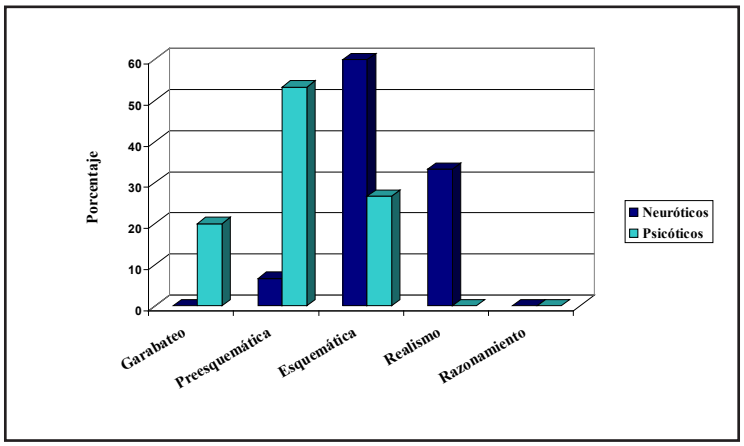


Gráfico 3: Distribución de los dominios Figura, Elementos, Proporciones, Espacio y Color en los niños neuróticos.

BIBLIOGRAFÍA

Ahn, W., Gelman, S. y Amsterlaw, J. (2000). Causal status effect in children´s categorization. Cognition. 76(2), 35-43.

Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (2004). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association, (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Berger, K. (2007). Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. Madrid: Editorial Médico Panamericana.

Bonnet, C. (1983). The appearance of symbolism in child development. A study of symbolic behaviour and practices among children under the age of 2. Communication and Cognition, 16(4), 325-355.

Cabrera, V. (2009). Test de la figura humana: síntesis bibliográfica.[http://tuvntana.wordpress.com/2009/03/25/psicologia-clinica/] (consultado el 27/08/2009).

Deloache, J. (1991). Symbolic functioning in very young children: Understandings of pictures and models. Child Development, 62, 736-752.

DeLoache J. (1995). Early Understanding and Use of Symbols: The Model Model. Current Directions in Psychological Science, 4(4), 109-113.

DeLoache, J. (2004). Becoming symbol-minded. Trends in Cognitive Sciences, 8(2), 66-70.

Epelbaum, C. (1997). Analogical reasoning and metaphors: Disorders of symbolic function in schizophrenia: An approach. Annales Medico- Psychologiques, 155(3), 207-210.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

García, C. (1999). ¿Qué elementos aporta el juego al diagnóstico?. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 27, 85-130.

Gray, K. y Tonge, B. (2001). Are there any features of autism in infants and preschool children?. Journal of Paediatrics and Child Health, 37(3), 221-226.

Gibson, E. y Walker, A. (1984). Development of knowledge of visual-tactual affordances of substance. Child Development, 55, 453-460.

Guerra, V. (2005). Sensorialidad, transicionalidad y simbolización en el vínculo temprano y en la adolescencia. ¿Nueva subjetivación, nuevas patologías? [http://www.psico.edu.uy/novedads/guerra01.pdf.] (consultado el 15/04/2009).

Kasari, C., Freeman, S. y Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(6), 611-620.

Katz, N. (1991). A Piagetian framework as a basis for the assessment of cognitive organization in schizophrenia: A comparison of adolescent and adult patients to a normal control group. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 28(4), 1-18.

Kernberg, P. (1997). Funciones de la actividad lúdica. Seminario "Diagnóstico Psicodinámico a través del juego". Comunicación presentada para la Asociación ALTXA. Bilbao, 05-06-97.

Koch, K. y Thomas, J. (1980). El test del árbol: el dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar. Buenos Aires: Kapelusz.

López, J. (2005). Fallos en las relaciones primarias y dificultades de aprendizaje. Psicopatología de la Salud Mental, 6, 49-58.

Lowenfeld, V. y Brittain, W. (1972). El desarrollo de la capacidad creadora. Buenos Aires: Kapelusz.

Mazet, P., Houzel, D. y Burzstejn, C. (2001). Autismo infantil y psicosis precoces del niño. Encyclopédie Medico-Chirurgicale, 37, 1-29.

Organización Mundial de la Salud, (2001). Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE- 10). Médica Panamericana.

Papalia, D., Wendkos Olds, S. y Duskin, F. (2001). Desarrollo Humano. Bogotá: Mc Graw Hill.

Piaget, J. (1961). La formación del símbolo en el niño. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Piaget, J. e Inhelder, B. (2000). Psicología del niño. Madrid: Morata. (Trabajo original publicado en 1995).

Pestalozzi, J. (2003). The symbolic and concrete: Psychotic adolescents in psychoanalytic psychotherapy. International Journal of Psychoanalysis, 84, 733-753.

Pulver, M. (1953). El Simbolismo de la escritura. Madrid: Victoriano Suárez.

Hammer, E. (1976). Test proyectivos gráficos. Buenos Aires: Paidós.

Herrera, G., Alcatud, F. Jordan, R., Blanquer, A., Labajo, G. y De Pablo, C. (2008). Development of symbolic play through the use of virtual reality tools in children with autistic spectrum disorders. Autism, 12(2), 143-157.

Remschmidt, H. (2005). Esquizofrenia en niños y adolescentes. Barcelona: Ariel.

Swain, I., Zelazo, P. y Cliffton, R. (1993). Newborn infants´ memory for speech sounds retained over 24 hours. Developmental Psychology, 29, 312-323.

Speier, A. (1961). Características del dibujo del psicótico y su significado simbólico. Acta Neuropsiquiatría Argentina, 7 (3), 202-204.

Torres, A., Olivares, J., Rodríguez, A., Bahamonde, A. y Berrios, G. (2007). An analysis of the cognitive deficit of schizophrenia based on the Piaget developmental theory. Comprehensive Psychiatry, 48(4), 376-379.

Vels, A. (1949). El lenguaje de la escritura. Barcelona: Miracle.

Viñals, F. y Puente, M. L. (1999). Psicodiagnóstico por la Escritura. Grafoanálisis transaccional. Barcelona: Herder.

Wetherby, A. M., Prizant, B. M.. y Hutchinson, T.A. (1998). Communicative, social/affective and symbolic profiles of young children with autism and pervasive developmental disorders. American Journal of speech-languaje pathology, 7(2), 79-91.

Zelazo, P., Kearsley, R. y Snack, D. (1995). Mental representations for visual sequences: increased speed for central processing from 22 to 32 months. Intelligence, 20, 41-63.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

1. Los originales se enviarán por correo electrónicoen tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo),dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. PALABRAS CLAVE: entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página*: se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos*: Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía*: Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American PsychologicalAssociation) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.

- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).

- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia "Orig." Y el año entre paréntesis.Ejemplo:
  Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).

- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed.ocomp., añadiendo una "s" en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:
  Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.),Manual de psicología patológica (pp. 43-81). Barcelona:

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:
  Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.
http://www.apa.org

INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a publicaciones@sepypna.com enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una "revisión por pares"

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

IMPORTE
ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... .130 $

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:
SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO
Nombre y apellidos .....
Dirección ..... **Nº** ..... **Piso** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Especialidad** .....
..

FORMA DE PAGO:

☐ **CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO**

☐ **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIACIÓN BANCARIA
Nombre del titular de la cuenta .....
Banco ..... **C/C Nº** .....
Caja de ahorros ..... **C/C Nº** .....
Sucursal ..... **Calle** ..... **Nº** .....
Cód. Postal ..... **Población** .....
Provincia ..... **Teléfono** .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... **de** ..... **de** .....
FIRMA DEL TITULAR

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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

Secretaria
c/ Monte Esquinza, 24 2ºdrcha
28010 Madrid
Telf. /Fax 91 319 24 61
www.sepypna.com
sepypna@sepypna.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD

D/Dña .....

licenciado en ..... especialidad en .....

con domicilio en calle/plaza ..... nº .....

ciudad ..... provincia ..... C.P. .....

Teléfono ..... / ..... E-mail .....

Adjunto curriculo vitae y documentos acreditativos para solicitar su ingreso en calidad de (*)..... en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros

☐ ..... Firma

☐ ..... Firma

(*)

En ..... a ..... de ..... de 201 ..

Orden bancaria

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi cuenta corriente /Libreta de aho-rros el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Entidad ..... Agencia nº ..... calle .....

Ciudad ..... C.P .....

TITULAR DE LA CUENTA
D/Dña .....

Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con **CIF G-78528288** con domicilio en **Monte Esquinza 24, 2º dcha, 28010 Madrid**. Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 53 - Marzo 2012

La obesidad infantil: una forma de manifestación del malestar en la cultura
Catalina Martín Gómez y Paloma Ortiz Soto 9

Estudio de la relación entre la "imagen de sí" de niños y adolescentes que acudieron a tratamiento a una unidad de salud mental infanto-juvenil y la "imagen de sí" de sus padres
Mª Luisa Gutiérrez López y Carmen Almeida González 23

Alianza y apertura del proceso terapéutico en una niña de tres años testigo de violencia interparental. el trabajo en un centro de atención a la infancia
Rafael Delgado Campos 33

La violencia del padre y su repercusión en el hijo adolescente
Sabin Aduriz Ugarte 41

Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños
Beatriz Janin 49

La analidad: frontera evolutiva
Pilar Puertas Tejedor 57

El dibujo del niño psicótico en las etapas evolutivas del modelo de Lowenfeld
Iratxe Redondo Rodríguez y Ana Estévez Gutiérrez 69

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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