CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

J. MANZANO: «Estudios sobre las raíces de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación»

J. C. METRAUX: «El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso»

W. BETTSCHART: «De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.»

A. SCHTEINGART: «Relación precoz y ciertas manifestaciones psicosomáticas en el psicoanálisis de adultos»

J. PERTEJO: «Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación en la C.F.T.M.N.A. de Roger MISES y colaboradores»

N.º 7-1989

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

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
Mª del Valle Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

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

Directora de la publicación:
Marián Fernández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:
Marián Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

J. MANZANO:	«Estudios sobre las raíces de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación»	7
J. C. METRAUX:	«El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso»	29
W. BETTSCHART:	«De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.»	57
A. SCHTEINGART:	«Relación precoz y ciertas manifestaciones psicosomáticas en el psicoanálisis de adultos»	75
Y. PERTEJO:	«Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación en la C.F.T.M.N.A. de Roger MISES y colaboradores»	95

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

Rotoprinter Color, S.A.
Ctra. de Madrid, km. 202 - PELABRAVO (Salamanca)
Depósito Legal M-35677-1985

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

Os presentamos el nº 7 de nuestra Revista, con el retraso habitual e inevitable, por el que nos disculpamos y os solicitamos paciencia.

Contiene un artículo de J. Manzano, colaborador distinguido de nuestra publicación y conocido ya de todos. Asimismo, publicamos también las dos conferencias que faltaban del III Congreso de Sepypna, celebrado en Palma de Mallorca, con sus correspondientes coloquios; y un trabajo de la Dra. J. Pertejo, continuación de uno anterior, publicado en el nº 6.

El artículo de J. C. Metraux, sobre la atención a los huérfanos de guerra en Nicaragua, debe constituir para todos los lectores de Cuadernos, trabajadores en Salud Mental Infantil, un *ejemplo* y un *estímulo. Ejemplo,* porque demuestra cómo en condiciones reales bien deficitarias con las que, sin duda, muchos os identificaréis, es posible trabajar y pensar con rigor. Y *estímulo* para que nos enviéis vuestras colaboraciones y nuestra Revista descienda de cuando en cuando del «tendido» profesoral y teórico al «ruedo» del trabajo diario y del intercambio de experiencias vivas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

ESTUDIOS SOBRE LAS RAICES INFANTILES DE LA PATOLOGIA PSICOTICA Y BORDERLINE EN LA ADOLESCENCIA

ESTADO ACTUAL DE NUESTRA INVESTIGACION

Por Dr. J. Manzano

El primer paso para la prevención en la infancia consiste en la identificación del tipo de organización patológica infantil que va a dar lugar o que puede dar lugar a la patología grave del adolescente. Naturalmente identificación no quiere decir etiquetaje, sino, el punto de partida de estudios psicosociales capaces de reconocer e influir sobre las variables determinantes externas e internas.

Desde que la teoría del «rayo en un cielo sereno» pasó a la historia de la psiquiatría de la misma manera que la teoría del agente infeccioso único que la creó se han venido repitiendo ciertas ideas de una manera estereotipada como ejemplo de la personalidad esquizoide como terreno premórbido de la esquizofrenia. Sólo desde hace 15 ó 20 años se ha manifestado un interés más general por esta cuestión. Así en Ginebra podemos considerar el punto de partida, los estudios epidemiológicos de G. Garrone y col. entre los 59 y 60.

Me propongo aquí resumir de una manera esquemática, en qué punto nos encontramos hoy en día de nuestra investigación y en nuestra reflexión en el Departamento de Psiquiatría de Ginebra y particularmente en el Servicio de Psiquiatría Infantil de este Departamento.

Por razones de la claridad de la exposición, voy a dejar de lado los estudios que conciernen a la infancia de la patología neurótica del adolescente y me limitaré simplemente a decir que para mí son plenamente actuales los descubrimientos de Freud en este terreno, en particular que la Neurosis Infantil es el antecedente claro de la neurosis del adolescente y del adulto, Frente al complejo de edipo y por razones «en serie complementaria», cierto número de niños está obligado de acentuar excesivamente el proceso de reflexión; en consecuencia queda una parte demasiado grande de deseos inconscientes que no se integran en la «parte organizada de la personalidad, y que están obligados a buscar satisfacción separadamente (retorno de lo reprimido). Estas partes reprimidas dan lugar a conflictos en el yo que se resuelven en formación de compromisos y síntomas, especialmente, en el momento de la pubertad. El niño neurótico nos interesa, por consiguiente, sobre manera, pero no es nuestro sujeto central en esta exposición. El problema que pretendemos tratar hoy es el siguiente: ¿Qué es lo que sabemos de los niños que van a hacer una patología psicótica (esquizofrenia) o depresiva en la adolescencia? ó ¿Qué es lo que sabemos de la infancia de los trastornos graves de la personalidad (borderline, prepsicóticos, etc.?

Los primeros estudios de Garrone con Spoerri y Baumgart, se hicieron utilizando una metodología retrospectiva, es decir, buscando si los esquizofrénicos adultos habían consultado a un Servicio de Psiquiatría Infantil en su infancia. estos estudios permitieron obtener resultados extremadamente interesantes. Entre ellos: que la mitad de los sujetos (49 sobre 95) habían en efecto consultado entre los 5 y 12 años de edad a un servicio de psiquiatría infantil, y tenían por consiguiente un dossier establecido. Es esos dossier, se pueden destacar como resultados los siguientes:

— Trastornos escolares	70%
— Trastornos del lenguaje	20%
— Trastornos motores.....	10%
— Retraso afectivo.....	20%
— Trastornos del carácter.....	40%

No cabía duda pues, que una patología infantil había existido.

La limitación de estos estudios viene dada, en mi opinión, por las características del examen psiquiátrico infantil de aquella época, ya lejana hace más de 30 años. La ideología «instrumentalista» que imperaba a la sazón y la ausencia de criterios diagnósticos estructurales, hace que las constataciones realizadas entonces lo fueran casi exclusivamente al nivel de síntomas, lo que llevó a una patología «no específica» constituida por diversos retrasos instrumentales del aprendizaje y del comportamiento.

Los únicos diagnósticos globales (si este término puede ser utilizado aquí), que son dados con seguridad eran, retraso mental en el 16% y psicosis infantil en el 4%.

Actualmente y como un complemento y continuación de los estudios citados, en el Servicio de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Ginebra (Service de Guidance Infantile) tenemos abiertos actualmente los siguientes canales o programas de investigación, que están en un grado de desarrollo diferente:

1. Estudios longitudinales individuales en tratamiento psicoanalítico

Aquí se trata evidentemente de estudios que podemos considerar clásicos de casos únicos, donde la profundidad indudable del conocimiento que como terapeuta se adquiere, tiene una contrapartida en las dificultades de generalización. Es de destacar la gran riqueza que constituye el seguir a un niño a través de las diferentes fases de su desarrollo, de verlo enfrentar el complejo de Edipo, de presenciar cómo el proceso de represión se efectúa ante los propios ojos del terapeuta, y de cómo la amnesia infantil cubre acontecimientos y fantasía de una gran intensidad emotiva en la relación transferencial.

Estos acontecimientos que han desaparecido en el inconsciente del niño o del preadolescente, colocan al terapeuta en la posición de único testigo que guarda el recuerdo de los mismos. Se aprecia en resumen, cómo la estructura psíquica, (o la ausencia de estructura psíquica) de la primera infancia deja paso a la organización del período de latencia y de la pubertad, y a los fenómenos de posteridad (reviviscencia y reinvestimiento del carácter traumático de acontecimientos anteriores).

La enseñanza fundamental de estos tratamientos, es pues, de aumentar nuestro conocimiento, sobre el proceso de organización de la personalidad, particularmente en nuestro modelo psicoanalítico, la internalización del super yo y las formas de equilibrio entre el ello, el yo y el super yo.

2. Investigación clínica y análisis estructural (perfil) de la población consultante de menos de 6 años. Estudio de las proporciones relativas de las diferentes organizaciones psíquicas que consultan a un Servicio de Psiquiatría

Metodología:

Desde hace 10 años, hacemos un ejercicio conjunto de todos los miembros del Servicio una vez por semana que consiste en examinar a ciegas a niños y establecer un perfil diagnóstico gracias a una tabla conceptual que ha sido previamente validada en cuanto a su fiabilidad en relación con las informaciones recogidas en un estudio diagnóstico standard con la ayuda de la familia y de los educadores. Se trata de una derivación del perfil diagnóstico de Humberto Nágera y de Ana Freud. Esquemáticamente se trata de rellenar a partir de los datos clínicos de la entrevista los siguientes items o apartados metapsicológicos:

— Impresión general.

— Relación de objeto (estado de las identificaciones y de la formación del Self).

— Funciones dichas «autónomas»:

(Inteligencia, orientación—memoria, lenguaje, función simbólica y procesos de pensamiento, motricidad e integración neuro—muscular).

— Afectos.

— Pulsiones. Expresión y control de las pulsiones agresivas y libidinales.

— Fantasías y su expresión en el juego, en el dibujo, en los sueños y en el discurso.

— Mecanismos de defensa.

— Superyo. Sistemas de valores e ideal del yo, grado de interiorización.

Resultados:

Gracias a la acumulación del material de experiencia y por lo que concierne a nuestro tema, hemos podido llegar a un cierto número de conclusiones y emitir algunas hipótesis.

a) Por lo que concierne, los antecedentes de la esquizofrenia, hemos afinado la noción clínica de prepsicosis tal como había sido definida por R. Diatkine a saber la aparición de procesos primarios alternando con manifestaciones de procesos secundarios. Entendemos como proceso primario, clínicamente hablando, a la expresión manifiesta de pulsiones con un grado mínimo de desplazamiento (ecuaciones simbólicas), es decir representaciones muy próximas del objeto primitivo y del cuerpo.

Este tipo de trastorno de la personalidad extraordinariamente frecuente en nuestra población nos ha permitido llegar al convencimiento a partir de los casos longitudinales seguidos de que no son prácticamente jamás los antecedentes de la psicosis, constatación que contradice el término mismo de prepsicosis, tal como ha sido reconocido recientemente por el propio R. Diatkine.

Estos trastornos serían los antecedentes de la *personalidad esquizoide*, que por tanto no constituyen contrariamente a lo que se ha venido repitiendo durante muchos años, la personalidad premórbida de la esquizofrenia, sino de la personalidad esquizoide del adolescente y del adulto (Dahl, Wolf, Chick 1981) así como otro trastorno de la personalidad bordeline y del trastorno grave del carácter del adulto y del adolescente. Por el contrario sobre las mismas bases clínicas que como ya he señalado no son estadísticamente válidas por el momento, pero si nos aportan un grado suficiente de convicción, nosotros pensamos que los niños que corren el riesgo mayor de hacer una descompensación esquizofrénica en la adolescencia son aquellos que nosotros diagnosticamos de falsos self (as if). También llamados hiperadaptados y que son muy próximos a los que encontramos entre los hijos de madres esquizofrénicas y que han sido descritos como padrificados (Bourdier) así como los teóricos de la teoría de Sistemas (Minuchin).

b) En cuanto a la infancia de los trastornos depresivos del adolescente y del adulto con la misma metodología, el análisis de las proporciones relativas de las diferentes estructuras psíquicas en el conjunto de la población consultante, hemos podido poner de manifiesto y constatar algo que nunca a mi conocimiento había podido ser suficientemente señalado por lo menos de una manera suficientemente específica, a saber la rareza, por no decir la ausencia de los síntomas depresivos en el niño pequeño. Este hecho es tanto más sorprendente, cuanto que en el adolescente y en el adulto se puede considerar el síndrome depresivo en sus diversas formas clínicas como el cuadro psicopatológico más frecuente. En el niño se limitan a la reacción de abandono (depresión anaclítica) y a reacciones agudas y pasajeras en otras situaciones de separación y pérdida. En contraste con esta falta de signos clínicos de la serie depresiva, hemos encontrado que hay en el niño un conjunto de manifestaciones clínicas muy frecuentes que a su vez no tienen un equivalente en el adulto o en el adolescente, y cuya evolución nos es desconocida. Se trata de los niños dichos «hiperactivos» ó «inestables» clasificados frecuentemente como trastornos de función cerebral a mínima.

Estos calificativos nos han parecido muy poco satisfactorios; no describen más que aspectos parciales de la clínica de esos niños y añaden una hipótesis etiológica dudosa.

Aplicando el perfil diagnóstico señalado hemos hallado que este tipo de síntomas en una mayoría de los casos corresponde a un cuadro clínico característico que hemos denominado con F. Palacio *«Síndrome hipomaníaco del niño»*. Este síndrome se caracteriza clínicamente por los síntomas siguientes:

— Presencia de *megalomanías* e ideas de grandeza, (identificación con el objeto idealizado perseguidor o agresor).

— Euforia.

— Hiperactividad motora.

— Hiperactividad psíquica (falta de concentración y fuga de ideas).

— Falta de conciencia de sí mismo así como del miedo, angustia, debilidad o peligro (negación).

— En la relación con el examinador, presenta actitudes de control, manipulación, desvalorización y desprecio.

Como se ve el correlato psicodinámico de este cuadro clínico puede ser descrito suscintamente de la forma siguiente:

— Identificación con un objeto idealizado perseguidor de donde sale los sentimientos de omnipotencia.

— Negación de la angustia, de la tristeza y de la culpabilidad (depresión).

— Proyección de los aspectos de sí mismo vividos como malos y cómo débiles.

— Relación de objeto caracterizada por el triunfo, control y desprecio.

El conjunto de estos aspectos psicodinámicos corresponde a lo que ha sido descrito como defensas maníacas por Melanie Klein (H. Segal).

Estos diferentes elementos clínicos y su correlato dinámico pueden presentarse con grados y calidades variables. En nuestra población hemos encontrado dos formas clínicas típicas con cuadros intermedios: la forma neurótica y la forma prepsicótica.

Con la ayuda de los diferentes parámetros de la trama diagnóstica, derivada del perfil de Ana Freud y Humberto Nájera, que hemos citado anteriormente, podemos describir las características diferenciales de estas dos formas:

Por lo que concierne a la «relación de objeto» es la calidad de la identificación lo que constituye el elemento diferencial más importante. En la forma neurótica el objeto idealizado de la identificación tiene características fálicas de potencia, fuerza, riqueza, capacidad, etc. En la forma prepsicótica, las características del objeto de la identificación son fundamentalmente idealizadas persecutorias lo que comporta una más importante expresión de la pulsión agresiva en la relación contrariamente a la forma neurótica en la que predomina la expresión de la pulsión libidinal.

Las «funciones» autónomas del yo, permanecen indemnes en la forma neurótica, mientras que en la forma prepsicótica presentan trastornos de intensidad variables. Son los trastornos del pensamiento, el signo más característico; el pensamiento (proceso secundario) es alterado por procesos primarios que alternan con las manifestaciones del proceso secundario (R. Diatkine). Como hemos dicho se trata de expresiones manifiestas de pulsiones con un grado mínimo de desplazamiento simbólico que por consecuencia son muy próximas del objeto primitivo y del cuerpo. Una consecuencia de este funcionamiento consiste en que el test de realidad puede presentar características atróficas.

Los efectos son más matizados y sutiles en la forma neurótica, la euforia es menos presente y pequeños momentos de tristeza pueden aparecer a la observación, la angustia puede ser interpretada en términos de angustia de castración. La forma prepsicótica se caracteriza por una euforia que roza la furia maníaca sin el menor elemento aparente de tristeza y depresión. Su

angustia toma prevalentemente la forma de características paranoicas o paranoides.

En cuanto a la «expresión de pulsiones», como ya lo hemos señalado, hay una predominancia libidinal en la forma neurótica con puntos de fijación edípicos, fálicos y anales retentivos. En la forma prepsicótica predomina la pulsión agresiva que se expresa sobre todo por el intermedio de fantasías orales y anales expulsivos.

Los «mecanismos de defensa» se diferencian tanto en su intensidad como en su naturaleza. En la hipomanía neurótica lo que es negado y proyectado son sobre todo las fantasías de castración y feminidad, de debilidad y de pérdida así como los sentimientos de culpabilidad. La utilización de este tipo de defensas explica las dificultades que tienen estos pacientes para establecer una represión semejante a la de las neurosis sintomáticas, (histeria, fobia u obsesiva). En la forma psicótica lo que es negado y proyectado es predominantemente la destrucción y la persecución.

Todo lo que acabamos de decir sobre los mecanismos de defensa está en relación íntima con las diferencias en la naturaleza de las identificaciones que hemos descrito en el subcapítulo de la relación de objeto y también en relación con las diferencias que hemos encontrado entre esas dos formas clínicas cuando examinamos el «super yo». Este tiene mucho más claramente características edípicas en la forma de hipomanía neurótica mientras por el contrario tiene aspectos arcaicos y mucho más persecutorios en la hipomanía prepsicótica.

Como hemos dicho en la fase actual de nuestro estudio no tenemos suficiente evidencia longitudinal sobre la evolución de estos casos, pero sí bastante para pensar que estos niños, que nosotros hemos descrito como síndrome hipomaníaco, son los que van a hacer más tarde los diferentes cuadros depresivos, desde las depresiones neuróticas a las psicosis maníaco depresivas.

3. Análisis de la relación madre—niño precoz. Psiquiatría del bebé

A título preventivo estamos cada vez más presentes en la situación de crisis que representa el embarazo y el parto y la primera infancia. Hemos desarrollado unos elementos de intervención psicoterapéutica breve y por lo que nos concierne estamos aprendiendo a identificar las relaciones precoces patológicas y emitiendo hipótesis, que en un futuro esperamos confirmar o refutar por la anamnesis a largo plazo.

La hipótesis esencial de este tipo de intervenciones podemos resumirla de la siguiente manera:

El tipo de relación que la madre establece con el terapeuta (pre—transfer) así como sus asociaciones verbales pueden informarnos sobre la intensidad y sobre todo la calidad, la naturaleza del objeto, (imagen interna más o menos parcial o integrada que la madre proyecta sobre su bebé. de ahí podemos deducir la proporción relativa pulsional líbido—agresión predominante, y las posibilidades evolutivas de la relación madre—niño, en función de esos factores. Nuestro proyecto es poder identificar con el mayor grado posible de certeza las configuraciones dinámicas características de una relación madre—bebé de potencial patológico previsible; esto nos permitiría afinar nuestras técnicas de intervención precoz en consecuencia. Por el momento creemos poder diferenciar los casos patológicos de relación madre—niño en 3 categorías simples en función de la posibilidad y de la necesidad de una intervención terapéutica breve (indicaciones y contraindicaciones), así como la indicación y la contraindicación de una psicoterapia de larga duración.

4. Estudio longitudinal de un grupo de «Alto Riesgo». Los hijos de madres psicóticas

Nuestro interés por el problema de la maternidad de los psicóticos ha sido determinado por razones de orden asistencial,

preventivo y de investigación: Nos hemos propuesto aportar una ayuda a esas jóvenes madres gracias a una intervención preventiva de tipo primario centrada sobre la relación madre—niño. Igualmente hemos querido estudiar el desarrollo de la relación madre—niño en este grupo de «Alto Riesgo». Hoy está sólidamente establecido que mientras que la incidencia de la esquizofrenia en la población general es de 0,85%, el riesgo en los padres esquizofrénicos sube a un 17% de una psicosis esquizofrénica clínica y de un 50% para los trastornos en «espectro» de la esquizofrenia (O.M.S. 1975).

Por estas razones desde 1975 y siguiendo una idea de G. Garrone hemos constituido un grupo de estudio y de tratamiento de jóvenes madres psicóticas. Está organizado como un equipo abierto y pluridisciplinario. Sus miembros pertenecen a las diferentes unidades extrahospitalarias del Dpto. de Psiquiatría, y a instituciones no psiquiátricas que se ocupan tanto de niños como de adultos así como de psiquiatras trabajando en una consulta privada.

Nos propusimos ocuparnos de pacientes diagnosticados como esquizofrenias durante el embarazo o durante los primeros meses de sus niños así como de la psicosis del post—parto. Los casos de estas madres nos son señalados por psiquiatras y médicos generalistas, ginecólogos, enfermeras, puericultoras, asistentes sociales, etc. Todas estas personas no nos envían los casos sino que cuando ello parece posible continúan siguiéndolos en colaboración con nosotros.

Nuestra forma de abordar esta problemática es esencialmente clínica siguiendo nuestra opción teórica de base, abordamos las descompensaciones psicóticas perinatales como una crisis, es decir un momento de desequilibrio emocional, personal y relacional. Para retornar a un equilibrio favorable, 3 medidas concretas son aplicadas simultáneamente:

— Creación de una relación terapéutica estable, bien investida con uno de los miembros del grupo.

— Contando con por lo menos, otro terapeuta del grupo que va a jugar un rol diferente en la relación con el paciente.
— Reforzamiento por todos los medios posibles de los lazos sociales de la paciente, (intervenciones sobre el medio).

Cuando pasado el período de crisis un equilibrio satisfactorio no ha sido obtenido, otras medidas terapéuticas específicas son aplicadas:

— Terapia de pareja.
— Terapia individual.
— Terapia específica del medio ambiente.

Resultados:

En un abordaje como el nuestro el análisis de los resultados está necesariamente ligado a una revisión crítica de nuestras formas de intervención terapéutica. Para sacar conclusiones generalizables tendríamos que tener anamnesis mucho más larga que la que tenemos actualmente.

Hemos seguido hasta hoy 30 casos de madres y niños pero para los datos concretos a los cuales me voy a referir hoy aquí me limitaré a los 10 primeros casos que tenemos para los cuales tenemos una catamnesis de por lo menos 3 años.

En los 2/3 de los casos, nuestra intervención se ha terminado como tal, después de un máximo de 3 años. Este fin de tratamiento implica más allá de la desaparición de los síntomas, la vuelta a una situación psicológica y relacional compatible con las necesidades de un niño de 3 años. Ninguna de estas jóvenes madres está evidentemente curada, pero el reequilibraje de una situación psicológica y social ha permitido una relación madre—niño aceptable a nuestra opinión.

Por lo que se refiere a los niños, hemos seguido de cerca su evaluación y un examen clínico de control ha sido efectuado en 7 de los casos. Casi todos los niños son criados por sus padres o su madre, uno solo ha sido integrado en una familia adoptiva y otro caso vive con los abuelos pero en compañía de su madre soltera.

Los niños examinados han seguido el curso de desarrollo socio—escolar adaptado a su edad. Las diferentes etapas del desarrollo del pensamiento, corresponden a las edades cronológicas, y hemos podido observar el acceso a la dimensión simbólica. El desarrollo intelectual es normal, sin embargo con signos de precocidad en 3 niños. Las manifestaciones afectivas de la vida de fantasía, los mecanismos de defensa y el control de las pulsiones son adecuados a la situación de examen salvo en un caso donde aparecen rasgos obsesivos moderados. La relación interpersonal es adecuada a su edad y los niños no presentan signo ninguno indicando perturbación en el proceso de individuación—separación. En ningún caso hemos podido apreciar signos de funcionamiento psicótico en estos niños ni en el nivel clínico ni en el nivel psicodinámico.

En el estado actual de esta experiencia, podemos concluir con una impresión moderadamente optimista si se tiene en cuenta la gravedad de los cuadros clínicos considerados. En la óptica preventiva y secundaria, el nacimiento del niño con el cambio psicológico que le acompaña, representa para esas jóvenes madres una nueva oportunidad de instaurar un equilibrio emotivo más satisfactorio que el precedente. El investimiento del niño emerge como una fuerza capaz de resistir y de mantenerse a pesar de períodos agudos de desorganización. Con un dispositivo asistencial ligero como el nuestro es posible que esas jóvenes madres salgan (o no caigan) en la cronicidad ni en la dependencia permanente de los circuitos institucionales psiquiátricos.

Por lo que respecta a los niños, el hecho más llamativo consiste en una ausencia de una patología grave, psíquica o desarrollo mental precoz. La constatación que como otros autores hemos hecho de la presencia de signos de hipermadurez y de hi-

peradaptación en algunos de esos niños, no conduce a interesarnos de cerca en las diferentes etapas de formación de estas estructuras «hipermaduras». Se trata de las personalidades dichas «como si» (falsa identidad). Para nosotros se trata de tipos de organización de la personalidad en dos capas mal soldadas entre sí que constituye la verdadera personalidad premorbida capaz de dividirse, de escindirse en una descompensación esquizofrénica en una fase más tardía del desarrollo. Guardando el contacto con estos niños hasta la adolescencia, esperamos poder ampliar nuestros conocimientos sobre este importante aspecto del problema.

5. Estudio sobre la evolución de niños psicóticos

El interés por conocer la evolución de los niños psicóticos, aparte de su interés en sí mismo, y por lo que aquí nos concierne, está determinado igualmente por dos razones: A) El hecho de que numerosos autores consideran que es una de las fuentes de las raíces infantiles de la patología psicótica del adulto. Ya hemos visto que los estudios retrospectivos citados de Garrone, un 5% de los casos había tenido el diagnóstico de psicosis infantil en su infancia. Para uno de los pocos autores que ha hecho un estudio longitudinal, hasta la edad adulta (Loreta Bender) está proporción el del 99%.

B) Por otro lado el diagnóstico de psicosis infantil, es un diagnóstico «seguro» en el sentido de que el margen de error clínico es muy pequeño. En todo caso siguiendo la evolución de los niños psicóticos, estábamos seguros de aprender algo sobre la patogenia de una patología grave del adulto.

Hemos realizado 2 estudios sobre la evolución de los niños psicóticos. El primero es un estudio de observación diaria de 22 niños durante 5 años de nuestro hospital de Día. En este caso hemos utilizado para poder describir y manejar los datos de la observación el perfil dinámico que hemos descrito anteriormente.

El resultado más importante de este estudio ha sido la constatación de la gran movilidad entre las grandes formas de psicosis infantiles, y el hecho de que en 13 de los 21 casos, la evolución es hacia un trastorno de la personalidad (9 casos hacia una personalidad esquizoide, 4 casos hacia una personalidad narcisista). Ello quiere decir que si a la preadolescencia, cuando nuestro estudio ha terminado un clínico experimentado examina «a ciegas» estos niños se encuentran en presencia de adolescentes Borderlines.

Henos aquí, pues, con una patología adolescente Borderline, cuya infancia conocemos de una manera cierta: se trataba de niños con una psicosis autista o simbiótica. Una primera hipótesis se desprende inmediatamente: la infancia de los trastornos graves de la personalidad la podemos encontrar en diversas modalidades y grados de reacciones autistas y otros signos de funcionamiento psicótico más o menos acentuados en la primera infancia.

El segundo tipo de estudios sobre la evolución de los niños psicóticos consiste en un *estudio catamnésico* desde la infancia hasta la edad adulta.

Se trata aquí de un estudio más ambicioso, sostenido por el fondo nacional suizo de la investigación científica, que comenzó de hecho hace unos 25 años. En aquella época la Dra. Jaeggi había examinado todos los niños psicóticos que consultaron o fueron detectados en los servicios públicos de Ginebra durante un período de tiempo dado, hasta llegar a 100 casos. Constituyó así una ficha para cada uno de los casos. Gracias a estas fichas hemos constituido lo que hemos llamado *Status inicial* de cada sujeto. Este Status inicial comprende el examen psiquiátrico, los antecedentes anamnésicos, examen psicológico y estudio social. A partir de ahí hemos constituido la *trayectoria* de cada uno de ellos y entre 20 y 25 años más tarde hemos realizado los exámenes correspondientes para constituir lo que hemos llamado *Status actual*, estos exámenes han consistido en un clínico (yo he visto todos los sujetos) un examen psicológico en el cual se ha reproducido en la medida de lo posible los tests psicológicos

que se habían aplicado en la infancia y una encuesta social o una entrevista con el sujeto y con la familia del sujeto. Finalmente hemos hecho las *correlaciones* entre el status actual y el status inicial así como con la trayectoria.

La población como hemos dicho está constituída por cien casos, pero actualmente no disponemos de datos seguros más que para los primeros 50 casos a los cuales me voy a referir aquí.

El diagnóstico de todos los casos, en el status inicial era de psicosis infantil definida como habitualmente por la mayoría de los autores (Miller 1975): Desviación importante de la relación con las personas y el medio físico: una desarmonía en una o varios de los aspectos siguientes: desarrollo emocional, funciones del yo (percepción, motricidad, lenguaje, inteligencia) y en la integración de todos estos elementos en una unidad funcional capaz de engendrar el sentimiento de la identidad(self).

«Diagnóstico psiquiátrico actual»

Confrontados con estos adultos de una manera relativamente «a ciegas», —sabía de ellos solamente que habían sido diagnosticados en su infancia de psicosis infantil— me encontré en presencia de unas organizaciones psíquicas difícilmente reductibles a las categorías diagnósticas usuales en psiquiatría del adulto. Se trataba de lo que pudimos considerar como «neopatologías» para las cuales era necesario introducir nuevos modelos descriptivos y criterios diagnósticos no habitualmente empleados en la literatura. Sin embargo y con la finalidad de poder comparar nuestros resultados con los de otros estudios decidimos recurrir a la fórmula de presentar unos resultados de dos maneras diferentes: *una clasificación utilizando los* diagnósticos psiquiátricos standard y un *perfil psicodinámico de la evolución.*

Los resultados según la clasificación «standard» los siguientes:

I.—*Trastornos de la Personalidad*(Borderline)—25

(Sin déficit intelectual)

— Personalidad narcisista	16
— Personalidad paranoide.....	5
— Personalidad esquizoide	3
— Personalidad obsesiva	1

II.—*Trastornos de la Personalidad* (Borderline)—9

(Con déficit intelectual ligero. Q. I.: 50-75).

— Personalidad narcisista	4
— Personalidad paranoide.....	3
— Personalidad Esquizoide	2

III.—*Psicosis deficitarias*—14

(con déficit intelectual profundo Q.I.= 20-35)

IV.—*Psicosis esquizofrénicas*—2

«El perfil dinámico de la evolución»

Examinando el conjunto de nuestros casos con ayuda de la Trama diagnóstica de H. Nágera y A. Freud que ya hemos citado encontramos que la evolución de nuestros sujetos podía representarse gráficamente, repartidos en una curva entre dos extremos o polos, uno que hemos llamado *polo deficitario* y otro que hemos llamado *polo conflictivo* el polo deficitario tiene las características siguientes:

— Un «aplastamiento» masivo de la vida instintiva, una especie de represión primitiva y total de la vida pulsional, tanto libidinal como agresiva.
— Una ausencia de desarrollo de las funciones relativamente autónomas del yo: inteligencia, lenguaje, percepción, etc. (déficit).
— Una ausencia de conflicto intrapsíquico y angustia.
— No existe vulnerabilidad narcisista y no hay signos de sufrimiento, ni sentimientos de tristeza y de dolor psíquico.

El *polo conflictivo*, tiene las características contrarias en espejo a las que hemos citado, a saber:
— No existe una continuidad del objeto ni del self.
— Existe una organización pulsional y de sus derivados vida de fantasía, iniciativa propia, actividades sexuales y de sublimación.
— Un desarrollo de las funciones complejas del yo (ausencia de déficit).
— Hay por el contrario sentimientos de angustia resultantes de conflictos intrapsíquicos, así como, ...
— Una vulnerabilidad narcisista, un sufrimiento psíquico y los sentimientos de tristeza y depresión.

Entre esos dos polos podemos situar los momentos evolutivos de cada uno de nuestros sujetos. Estos momentos evolutivos corresponden a las organizaciones a las cuales hemos atribuído un diagnóstico standard.

Conclusiones y correlaciones de este estudio

El resultado de nuestra catamnesis nos muestra que existen dos grandes grupos a cada extremo de una curva y un grupo intermedio que comprende una proporción más pequeña de sujetos.

— El tipo 1 que hemos diagnosticado como *trastorno de la personalidad sin déficit* está formado por 25 sujetos y constituye por consiguiente el 50% de nuestra población. Se trata en su mayor parte de sujetos que se encuentran ejerciendo sus derechos cívicos (27 sujetos) que tienen una Formación Profesional (26 sujetos) que ejercen una profesión u oficio (25 sujetos) y que hacen por consiguiente parte de la población activa del país (24 sujetos). Son en su mayoría los que tienen un alojamiento independiente (17 sujetos) y ocupan su tiempo libre en diversiones autónomas (26 sujetos) una vida de relación buena o mediana (27 sujetos). En fin son los mismos que tienen un grado o capacidad de autonomía total o buena (24 sujetos).

— El tipo 2 ó *trastornos de la personalidad con déficit ligero* que podemos considerar como casos intermedios, nueve sujetos (18 %).

— El tipo 3, *psicosis deficitaria* (14 sujetos) (28%) que podemos considerar como el opuesto en negativo a las características del grupo 1.

Entre las múltiples correlaciones posibles, hemos retenido aquí las siguientes: hemos constatado que los sujetos que constituyen el grupo 1 (50%) que podemos llamar las buenas evoluciones, son aquellos que en el status inicial habían tenido un número más grande de separaciones precoces (21 casos sobre 25 ha sido separado de la madre antes de la edad de 4 años). Todos los trastornos anoréxicos precoces que habían sido constatados en el examen inicial, son sujetos que pertenecen a este grupo (10 sobre 10). De una manera significativa son igualmente los que tenían la mayor proporción de trastornos de sueño, de signos de sufrimiento fetal y de trastornos motores.

Altamente significativo es el hecho de que casi todos los sujetos del grupo 1 (20 sobre 25) presentaban sus padres una psicopatología severa al momento del primer examen. Podíamos por consiguiente decir que los casos del tipo 1 que tienen una relativamente buena relación actual son aquellos que han mostra-

do significativamente el mayor número de signos de un trastorno precoz de la relación madre—niño o padres—niño.

Contrariamente a otros estudios (Kanner y Rutter) el retraso a la ausencia de lenguaje no constituye en nuestra población un signo que permite prever un tipo determinado de evolución. El retraso intelectual no ha sido significativo más que para los casos de déficit profundo en el momento del examen inicial, casos que han evolucionado mayoritariamente hacia el grupo 3: psicosis deficitaria, pero con la corrección importante siguiente: los casos de déficit profundo al examen inicial no han evolucionado todos hacia la psicosis deficitaria actual ni inversamente, así entre los casos de evolución hacia la psicosis deficitaria hay niños que tenían un cociente intelectual normal al momento del primer examen. Por otro lado el hecho probablemente más significativo es que ningún caso de déficit ligero al examen inicial ha evolucionado hacia el grupo de psicosis deficitaria. No hemos encontrado correlación con el status socioeconómico de los padres.

• • •

He aquí en grandes líneas donde nos encontramos actualmente en nuestra investigación, en el Cuadro del servicio Universitario de Psiquiatría Infantil de Ginebra.

Podemos identificar bastante mejor los niños que van hacer una patología severa. Conocemos ese «spectrum» borderline en el niño que va a dar lugar a la franja de borderlines adolescentes y adultos (30% de la población según Bergeret).

Creemos poder confirmar nuestro punto de vista de que ni las psicosis ni los trastornos de la personalidad en el adulto son enfermedades del adolescente, sino que lo son del niño y que debemos desarrollar estudios psicosociales para prevenir en la infancia el desarrollo de estos graves trastornos de la vida del adolescente y del adulto.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

EL PAPEL DE LOS PROMOTORES DE SALUD EN LA ATENCION A LOS HUERFANOS DE GUERRA: DESCRIPCION DE UN PROCESO

Por Jean Claude Metraux*

El propósito de esta exposición es explicar el proceso que nos condujo a considerar la capacitación de promotores en salud mental infantil como el eje central de la atención psicosocial a los niños hijos de caídos y que nos aconsejó los contenidos y la metodología actual. Se pueden distinguir cuatro fases en este proceso: la lectura de bibliografía, el estudio de algunos casos para definir los factores que complican la reacción de duelo en los niños nicaragüenses, los primeros talleres que nos ayudaron a afinar tanto los contenidos como la metodología y finalmente el estudio de casos clínicos de futuros movilizados que nos permitan ampliar el concepto de prevención de los trastornos psicosociales en los niños huérfanos de guerra. Este proceso no es independiente de las investigaciones que ya iniciamos para precisar la problemática del duelo en estos niños.

Trabajamos en la IV Región, en el sureste de Nicaragua, en zona donde no hay guerra. Los huérfanos ubicados en esta región tienen así algunas características específicas: o son huérfanos de la insurrección (1978—1979) o son hijos de movilizados caídos en los últimos años (1982—1988). Casi no se encuentran hijos de víctimas civiles muertas en emboscadas, o ataques a cooperativas por la contra, en la actual guerra. La problemática de las dos generaciones de huérfanos que mencionamos es bastante distinta; primero, ya el tiempo transcurrido desde la muerte

* Jinotepe, Nicaragua.

del padre; segundo por las condiciones sociopolíticas que hoy permiten que el velatorio y los funerales (otros términos, la despedida del padre fallecido), se desarrollan normalmente, que también favorecen la ayuda brindada por la comunidad a los familiares sobrevivientes, por medio de las organizaciones sociales, de la Casa de Apoyo al Combatiente y del Instituto Nicaragüense de Seguridad y Bienestar Social (INSSBI). Finalmente la separación de los niños huérfanos de la segunda generación con su padre, no sucedió en el momento de la caída de éste, sino varias semanas o meses antes, cuando el padre fue movilizado.

Siendo el objetivo de nuestro trabajo la prevención, nos preocuparemos esencialmente de estos huérfanos. No podemos pues silenciar el problema de la primera separación, aquella del movilizado con su familia.

Eso nos plantea una pregunta a la cual tuvimos que tratar de responder: las condiciones en las cuales se produce la separación del movilizado con su familia, su despedida, ¿influyen o no sobre el proceso de duelo de los familiares, y en particular de los niños, si el movilizado cae en el frente de guerra?

Concluiremos dando algunos datos sobre la capacitación actual de promotores en la región IV, detallando contenidos y metodología.

Elementos teóricos

Bowlby (1980) hizo una revisión de bibliografía sobre las consecuencias de la pérdida de un padre en la niñez. Los estudios analizados muestran que los huérfanos suelen tener más problemas emocionales en la primera parte de su vida adulta, deben más frecuentemente que otros niños consultar a un profesional de Salud Mental Infantil, y serán, adultos, más frecuentemente que otros niños remitidos a tratamientos psiquiátricos (sobre todo por ideas de suicidio, depresiones psicóticas o trastornos ansiosos de separación).

Este riesgo sin embargo, no es igual para todos los huérfanos. Según Bowlby, depende de «lo que se dice a un niño y de las oportunidades que luego se le dan para que se entere de lo ocurrido», de las relaciones familiares después de la pérdida (y en particular del mantenimiento o no del huérfano en el mismo hogar), así como de la calidad de las relaciones familiares antes de la pérdida.

Si las condiciones son desfavorables, el niño tendrá más probabilidad de presentar trastornos tales como ansiedad persistente, temor de morir, esperanzas de reunión con el muerto y deseos de morir, persistencia en culpa o culparse, hiperactividad, conducta agresiva, compulsión a prodigar cuidado, euforia y despersonalización, accidentes repetidos, entendidos como síntomas identificatorios (Bowlby 1980) (Furman 1977).

No obstante, cuales quiera que sea las condiciones, el niño tendrá una reacción de duelo. En muchos aspectos la reacción de duelo del niño, por lo menos desde los 18 meses, es muy parecida a la del adulto. En el proceso de duelo se determinaron varias fases (tres, cuatro o cinco según los autores). Bowlby considera cuatro fases: fase de embotamiento de la sensibilidad, fase de anhelo y búsqueda, fase de desorganización y desesperanza, fase de organización. La principal diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico se halla en la duración del proceso de duelo hasta la organización. En los adultos, por lo menos en la cultura occidental, se considera que la duración normal es de doce o dieciocho meses. En los niños, puede ser más larga. Johnson (1981) observó incluso que en los niños puede resurgir el duelo varios años después, lo que el llama «duelo maduracional» diferenciándolo del duelo patológico (presión continua y aguda de duelo). Los autores coinciden en opinar que las diferencias observadas en el duelo de los niños y en el duelo de los adultos son debidas por un lado a la dificultad del niño de representarse la muerte como una separación definitiva e irreversible, y por otro lado a la extrema influencia del ambiente, particularmente de la actitud para con el niño y de la reacción de duelo de los familiares adultos sobrevivientes. Sin embargo, existen divergencias entre los autores sobre la comprensión de

la reacción del proceso de duelo en el niño, en términos de conceptos metapsicológicos (Gourdon Hanus 1980). No nos preocuparemos aquí de este último desacuerdo siendo lo importante para nosotros el síntoma clínico y no los fundamentos intrapsíquicos.

En los niños menores de dieciocho meses, aún si la reacción de duelo no es igual a aquella de los mayores, existe por lo menos una reacción a la separación, sino una reacción a la muerte del padre (D. Burlingham y A. Freud 1942—1944 Fairbairu 1941—1943; Fairbain Bowlby 1977—1980).

Por otro lado, será importante que esos niños cuando crezcan conozcan sus orígenes, su genealogía, tengan una idea de quién era su padre, (Boszormenyi Nagy) y eso dependerá mucho de la capacidad de los adultos sobrevivientes a brindarles este conocimiento, capacidad que depende de su propia superación del duelo. Por fin, se sabe también que los huérfanos tempranos pueden padecer condiciones de vida muy dañosas para su Salud Mental, tal como es su posible ubicación en instituciones que impidan por su estructura, cualquier apego emocional.

Se observa que la totalidad de los autores mencionados aquí son norteamericanos o europeos. ¿Tales estudios serán válidos en América y especialmente en Nicaragua? Por un lado, se ha observado que el proceso de duelo tenía muchos rasgos comunes en todas las culturas (Bowlby 1980, Eisenbrunch 1985). Pero no es igual: por ejemplo la duración pudo ser más o menos larga (Eisenbrunch). Además los ritos funerarios varían muchísimo, no solo de un lugar a otro (Eisenbrunch), sino también de una época a otra. (P. Aries 1975). Por fin los códigos culturales de la expresión de los sentimientos varían de un sitio a otro: por ejemplo, la expresión de la tristeza para un hombre latinoamericano no es igual a aquella del hombre norteamericano, en relación con los valores machistas que condenan el llanto en el hombre. De eso se puede decir que existe una reacción de duelo en los niños cuales quiera sea su cultura, y que su reacción de duelo puede tener un curso más o menos favorable. Pero para poder comprender estas reacciones es necesario observar las

diferencias individuales, existentes y conocer (o por lo menos concretar en esta primera labor) los códigos de expresión de los sentimientos en la cultura estudiada. Es solo con este doble paso que el profesional en Salud Mental europeo o norteamericano podrá ser de alguna utilidad para los huérfanos nicaragüenses.

Hablamos hasta ahora de los huérfanos, sin distinción según la causa de la muerte del padre o de la madre. Los estudios específicos sobre los huérfanos de guerra son escasos y casi todos estuvieron hechos en un contexto, social y político muy distinto al de Nicaragua.

En efecto, los pocos conocimientos sobre este tema provienen de Israel, en estudios que se ocupan exclusivamente de los hijos de soldados israelíes muertos y no de los huérfanos palestinos.

Estos estudios, sin embargo, permitían verificar que la reacción al duelo del huérfano de guerra es, como se podía esperar, muy parecida a aquella de otros huérfanos. Kaffman y Elizur (1979) observaron que el niño todavía pequeño ya tenía una fuerte reacción emocional en el momento de enterarse de la muerte de su padre y frecuentemente reaccionaba con cólera y agresividad. Después podía desarrollar cualquier tipo de síntoma (problema de aprendizaje, trastorno de sueño, trastorno de la conducta, etc.), pero en la mayoría de los casos, un aumento de la dependencia de la madre. Los mismos autores (1983) determinaron los factores que complicaban el proceso de duelo en el niño, favoreciendo así la aparición de problemas psicológicos más duraderos: dificultades emocionales anteriores, características de la personalidad del niño, (tales como la intolerancia a la frustración, la sobredependencia o el retraimiento), problemas familiares anteriores, incapacidad de la madre a compartir con el niño expresiones de duelo y recuerdos del padre fallecido, dificultad de la madre a superar el duelo). Además creen que los problemas son mayores si ya había antes una larga separación con el padre.

El tema de la separación anterior con el padre movilizado es también tratado en un estudio israelí (Baider y Rosenfeld 1974). Esto es interesante porque nos muestra la importancia que tiene el hecho de las explicaciones claras al niño chiquito (ya de dos años) sobre la ausencia del padre, y pone en evidencia el riesgo que corren los niños a los cuales «para protegerles» se les miente, parcial o totalmente. Eso confirmaría nuestra idea según la cual la prevención en salud mental en los niños huérfanos puede empezar mucho antes de la caída del padre, en las semanas precediendo su movilización y durante ésta.

La omnipresencia de Israel en los estudios mencionados nos fuerza a considerar como urgente efectuar estudios sobre los huérfanos de guerra en otros contextos, por ejemplo, en Nicaragua. No obstante, aún cuando se observan las enormes y relevantes diferencias en estos dos contextos (Israel y Nicaragua) vale la pena llamar la atención sobre una similitud: en los dos casos la memoria del padre muerto en el frente de batalla hasta está promocionada en, y para la sociedad, y los huérfanos de guerra reciben una atención particularmente sostenida económica y socialmente, comparándola con otros huérfanos. Esta responsabilización de la sociedad para los huérfanos de guerra ¿es únicamente positiva para la Salud Mental ulterior del niño, o puede tener a veces, como defiende J. Hattab (1983) en el caso de Israel, algunos aspectos negativos?

Si no existe literatura latinoamericana, por lo menos que yo conozca, sobre la guerra y los huérfanos sí hay varios escritos sobre otras situaciones de stress que afectan a todas las sociedades y en las cuales abundan las problemáticas de duelo: los desastres naturales, terremotos y erupciones volcánicas. Los autores enfatizan sobre la capacitación de promotores de Salud Mental y su importante papel en una labor a la vez preventiva y terapéutica, con las víctimas del desastre. Pocos de esos escritos se refieren especialmente a la atención primaria en Salud Mental de manera global (M.A. Dupont, 1987, entre otros) nos ayudarán también mucho a sentar las bases de nuestra capacitación de promotores en la región cuarta de Nicaragua.

Otros artículos y experiencias nos ayudaron en estos primeros pasos de constitución de una red de atención primaria en salud mental infantil (empezando por los niños huérfanos y esperando seguir con otras poblaciones de niños con mayor riesgo), y nos convencieron de la relevancia de tal respuesta a los problemas psicosociales de los niños en un país que no cuenta con más de cuatro psiquiatras especialistas en Salud Mental Infantil (B. Lima 1986, N. Sartorius y P. Graham 1986; OMS—1987; 1986; Who 1982).

Tres casos de huérfanos de guerra

La madre de Mario pidió una consulta en psiquiatría Infantil para su hijo único de siete años, pocos meses después de la caída del padre: Mario había tratado de ahorcarse con una cuerda de la rama de un árbol «para acercarse a su padre». El padre había sido movilizado seis meses antes, y su hijo no lo volvió a ver. Cuando se anunció la muerte de su padre a la familia, la madre primero ocultó la verdad al niño, aún cuando habían empezado, en presencia del niño los preparativos del velatorio. Este día fue además un día muy tenso dentro de la familia porque durante largo rato hubo una riña entre la madre y sus suegros para saber dónde tendría lugar el velatorio, en qué casa.

La madre y Mario viven en la casa de los abuelos maternos, la madre es maestra y desde el fallecimiento de su marido no mostró ninguna tristeza en presencia de su padres, de sus hermanos o de sus colegas de trabajo; cuando entra en el consultorio y cuenta los acontecimientos, rápidamente se pone a llorar, diciendo que siempre presentó una máscara, una cáscara, a los otros desde la muerte del marido.

La madre se declara por otra parte muy sorprendida por la tentativa de suicidio de su hijo «porque nunca Mario pareció

afectado por la muerte de su padre»; ya en el velatorio se quedó muy retraído y callado, «casi indiferente». Es así, retraído y callado, como se mantiene Mario durante la gran parte de la entrevista.

Apareció poco a poco que, en los meses transcurridos desde la caída del padre movilizado, sólo se desahogaba la madre en la noche cuando se encontraba sola en su cuarto con Mario. En estos momentos, frecuentemente lloraba la madre y era Mario quien se preocupaba por ella y la consolaba.

Cabe todavía señalar otro problema: ¿cuál sería el porvenir de esta familia? Los abuelos paternos de Mario querían que este único hijo reconocido de su hijo caído fuera a vivir a su casa, mientras la madre también necesitaba su presencia constante y cercana para no caer en la depresión.

Los ejes del trabajo terapéutico fueron los siguientes: permitir a la madre tener un lugar donde podía expresar sus emociones, su sufrimiento y su dolor; sugerir a la madre comunicar a sus padres y hermanos su estado de tristeza en esta situación de duelo; ayudar a la madre para que pueda hablar claramente con su hijo lo que le sucedió al padre y recordarle por ejemplo mirando la fotografía que tenían y yendo a visitar la tumba en el cementerio (hasta la fecha de la consulta, Mario temía entrar en el cuarto donde se quedaron los vestidos del padre y a la madre no le gustaba ir a la tumba «porque eso no me ayuda a olvidar»); favorecer encuentros entre la madre y los abuelos paternos para que tomen una decisión en lo que se refiere al futuro y que no sea «negra o blanca», es decir, una solución que permita a Mario seguir viendo a sus abuelos sin que eso signifique un corte de la relación con la madre.

Con cuatro entrevistas subsiguientes (entre las cuales una visita domiciliaria a la casa de los abuelos maternos y otra al hogar de los abuelos paternos), se pudieron superar bastante bien los problemas presentados: Mario no solo no

reincidió, salió de su retraimiento, empezando a manifestar más emociones y relacionarse más con otros; la madre, aunque a veces triste no se sentía tan deprimida, y los abuelos paternos habían logrado un acuerdo con su nuera arreglo que preservaba la relación del niño con todos. Claro que seguía la reacción de duelo, pero desde ahora, esta podía desarrollarse normalmente.

• • •

Alberto, 14 años, y Cecilia 12 años son huérfanos de padre desde hace dos años. El padre, militar, cayó mientras estaba movilizado desde hacía ya varios meses. Como la madre había abandonado el hogar cuando sus hijos eran chiquitos, sin nunca dar noticias, los niños se fueron a vivir a la casa de una tía, hermana mayor del padre, donde se quedaron después de la muerte de este. Esta tía había criado antiguamente a su hermano «como un hijo» y quedó siempre muy vinculada a él. Además la tía entró en conflicto con todos los otros miembros de su familia, de tal manera que a parte de su hermano, y de sus sobrinos y de su hijo ya mayor «no tenía a nadie».

Alberto, después de la muerte de su papá, empezó a tener importantes problemas escolares y tuvo que repetir dos veces sexto grado. Además su asistencia a la escuela era irregular. Durante la clase, está inquieto y falto de concentración.

La Casa de Apoyo al Combatiente se propuso hacer una visita domiciliaria (lo que está haciendo con todos los huérfanos), pero la tía, que había rodeado de alambre su pobre casita y fijado un portón de madera cerrado con un inmenso candado, rehusó abrir. Desde la muerte de su hermano, persistía echando la culpa a toda la gente más o menos cercana al ejército excepto para lo que era dinero (pensión de los niños) que recibía como algo que le era debido a ella.

Una trabajadora social tuvo más éxito y pudo entrar en contacto con la familia, proponiendo una visita al hospital para investigar un problema de sordera que presentaba Alberto y ver si el psiquiatra infantil podía ayudar al muchacho en sus problemas de aprendizaje.

La tía y sus sobrinos acudieron a la cita. La tía se comporta de manera muy dura con el muchacho, acusándole de no tener una conducta de hombre, de no ser bastante fuerte. No sólo no le permitió expresar sus sentimientos después de la muerte del padre, sino que además no reconoció que tal vez pudo tener unos. Era un poco más tolerante con Cecilia porque era mujer. En esta entrevista, nos enteramos que los niños nunca volvieron

de visita a la comunidad donde vivían con el padre desde la muerte de éste.

Se habló primero de permitir a la tía expresar sus sentimientos alrededor de la muerte de su hermano y de favorecer en ella el reconocimiento de las emociones de sus sobrinos, avanzando muy lentamente poco a poco, porque la relación de confianza con la tía era muy frágil. Por otro lado, nuestro deseo era contribuir al acercamiento de la tía con sus otros familiares, tratando de resolver progresivamente los conflictos que habían llevado a la rotura con el fin de disminuir el peso que caía sobre los hombros de Alberto y su hermano y permitirles así una mayor autonomía. Este trabajo empezó hace poco, pero el pronóstico es malo. La tía no sólo hizo un duelo patológico, sino que ya tenía verosímilmente un trastorno anterior de la personalidad, y ahora sus síntomas se parecen a un trastorno psicótico de tipo paranoide para el que está rechazando todo tipo de tratamiento farmacéutico.

Quitarles los niños no constituiría una verdadera solución porque no existe otro recurso familiar dispuesto a preocuparse de Alberto y Cecilia.

* * *

Angela perdió a su padre cuando tenía un poquito más de dos años. en los meses siguientes tuvo algunos problemas transitorios, trastornos del sueño y rechazo de la comida, que desaparecieron bastante rápidamente. La relación entre el padre y la madre era buena y la niña tenía un apego emocional bastante fuerte con su padre. La niña aunque chiquita participó en el velatorio. La madre fijó una fotografía del padre en la sala, llevaba a su hija cuando iba al cementerio y regularmente le decía algunas palabras sobre el padre. La madre pasó por momentos difíciles, pero siguió trabajando, dejando a la niña al cuidado de la abuela

materna, como antes, y cuando regresaba dedicaba tiempo a su hija «aún cuando no tenía tantas ganas, por sentirme agotada física y emocionalmente».

Poco a poco la madre superó el duelo y casó con otro hombre, dando así un padrastro a su hija. Desde este momento, rápidamente aparecieron problemas. El padrastro no aceptaba que su esposa y su hijastra hablasen del padre de ésta: por un lado se sentía celoso por este hombre anterior que tuvo su mujer, por otro lado sentía en eso la prueba de una desconfianza de la niña para con él. Angela empezó a presentar una conducta agresiva, no sólo con el padrastro, sino también con otros niños y a veces también con su madre. La situación se tensó aún más cuando la nueva pareja tuvo un hijo y un año después una hija. Un día, furioso, el padrastro descolgó la fotografía del padre, la rompió en pedacitos y la quemó; era la única que tenían.

La madre consultó al especialista de Salud Mental algunos meses después. Angela, ahora de siete años de edad además de agresiva, se volvió muy exigente, gritando y planteando cuando se le rechazaba algo.

Muchas veces, por la mañana, hay que forzarla para que vaya a la escuela.

La madre, se siente bastante deprimida. No sabe qué hacer. Por un lado quería preservar la relación con su actual marido, y así intenta hablar lo menos posible con Angela de su padre. Además disminuyó drásticamente la frecuencia de las visitas a los abuelos paternos que viven en un pueblo ubicado a pocos kilómetros de su casa. Pero, al mismo tiempo siente compasión por su hija y está algo resentida en contra de su marido.

Primero, nos pareció necesario hacer una entrevista con toda la familia, incluyendo al padrastro. este empezó por decir que la única manera de no sufrir por la muerte de un padre era olvidarle y que actuó así por eso, «mi madre falleció cuando yo tenía ocho años y tuve que olvidarla».

Profundizando el tema, logramos saber que el padrastro se había dado cuenta que «no obstante no se puede olvidarlo totalmente, aún en la tumba sigue siendo mi madre».

A partir de la propia experiencia del padrastro, se pudo favorecer en éste su reconocimiento por los sentimientos de la niña. Sin embargo, eso no era suficiente porque una parte del problema enraizaba en el «machismo» cultural del hombre. En un enfoque estructural (Minuchin) alentamos el reconocimiento por el padrastro de la distinción entre las funciones parental y conyugal de la madre (y, por extensión, del padre fallecido), sin así tener que atacar al machismo (lo que probablemente habría conducido a un fracaso del trabajo terapéutico).

Esta estrategia tuvo rápidamente éxito y la conducta de Angela fue mejorando excepto con el padrastro. Con este, parece que le quedó un resentimiento que será muy difícil de quitarle.

Observamos por fin que el desarrollo del duelo del padrastro de esta niña, influyó en su actitud frente al duelo de su hijastra (tenía que olvidar tal como él había tratado de olvidar).

Factores que influyen en el duelo de estos niños

Las historias de Mario, Angela, Alberto y Cecilia nos permiten poner en evidencia factores que influyeron sobre el curso de su duelo, y que confirman lo que señala la literatura. No hay, sin embargo, que olvidar que se trata de «casos»; nos dan indicaciones sobre lo que ocurre cuando el duelo evoluciona, pero no se puede deducir de estas descripciones un promedio de las consecuencias de la caída del padre en los niños nicaragüenses.

Se observa primero que los problemas que puede presentar un niño después del fallecimiento de su padre son muy diversos: retraimiento, problemas de aprendizaje, intento de suicidio, trastornos de sueño, trastornos de la alimentación; que su intensidad

varía mucho; que puede ser transitorio o volverse «crónico». Pueden surgir ya problemas en una niña de dos años. En estos casos, la evolución de la reacción de duelo dependió mucho de la capacidad de los adultos sobrevivientes y de la atención que se les brinde después de la muerte del padre. Así la madre de Mario no reconoció primero el sufrimiento de su hijo, y el estado del niño mejoró mucho cuando, por la terapia, ella empezó a reconocer en la conducta de Mario la expresión de un dolor; la evolución distinta de Alberto y Cecilia, aunque hermanos y viviendo en el mismo ambiente, puede entenderse entre otros, como el resultado de la mayor represión de los afectos del varón, la comprensión de la madre de Angela ciertamente le permitió tener, primero, una buena evolución.

En el caso de Mario, se observa también que se mintió primero al niño. Según Bowlby y otros autores la manera de presentar lo ocurrido al niño influye mucho sobre el desarrollo futuro de su reacción de duelo. Mario no había tenido la posibilidad de darse cuenta de lo ocurrido. Nos pareció en las entrevistas que realmente tenía la impresión de poder reunirse con su padre en el cielo si se suicidaba, lo que nos da a entender que las explicaciones que sus familiares le brindaron no eran muy claras. Las explicaciones ulteriores de la madre, las visitas a la tumba le ayudaron sin duda a aceptar la realidad de la muerte del padre y a superar, por lo menos en parte, la evolución muy preocupante de su duelo, ya que contribuye también generalmente la presencia en el velatorio y la posibilidad de ver el cadáver.

Siempre su tía se negó a dar a sus sobrinos Alberto y Cecilia, la posibilidad de acordarse de su padre: no podían hablar de él. Su pésima evolución está verosímilmente también relacionada con este factor. de la misma manera, el estado de Angela empeoró muchísimo (lo que nos muestra que el «proceso» de duelo está sujeto en el niño a la posibilidad de importantes retrocesos en función, en parte, de las circunstancias) cuando su padrastro le negó toda posibilidad de acordarse de su padre, rompiéndole la única fotografía. Y obligándole a la madre a espaciar las visitas a los abuelos paternos.

Claro que los factores ya mencionados dependen mucho del mismo proceso de duelo de la madre y de los otros familiares conviviendo con el niño. Evidentemente, la capacidad de reconocer los sentimientos del niño, la capacidad de hablar de lo ocurrido y de ayudar al niño a recordar al padre, dependen esencialmente de la propia capacidad de los adultos de aceptar la muerte del marido, hijo o hermano, de no negar, evitar, proyectar sus propios afectos y emociones, es decir, en última instancia, del desarrollo de su proceso de duelo. Así observamos el duelo patológico, sobre el fondo de un importante trastorno de la personalidad, de la tía de Alberto y Cecilia; vemos la fuerte reacción de la madre de Mario que le impedía escuchar, comprender, apoyar a su hijo, y al contrario le llevaba a intentar apoyarse sobre la supuesta solidez de Mario, transformado, para la circunstancia, en el «adulto» de la casa. En cambio, se puede considerar la reacción de duelo de la madre de Angela como bastante sana. Observamos por fin que el desarrollo del duelo del padrastro de esta niña, sin duda influyó en su actitud frente al duelo de su hijastra (tenía que olvidar tal como él había tratado de olvidar).

A la lectura de la historia de Mario, aparece otro factor mucho menos presente en la literatura: se trata de la naturaleza de las relaciones entre compañera y padre del caído, es decir por extensión entre ambas familias de origen. Este factor aparece también en otros casos que conocimos (expusimos uno en una publicación destinado a la capacitación de los promotores en los talleres). Parece que la muerte del padre está agudizando los problemas entre la madre y sus suegros porque el niño deja de ser sólo un niño o un nieto para ser también una «memoria» del fallecido, para ayudar a llenar el vacío dejado por la muerte del hijo o del marido.

Algunas condiciones parecen favorecer el brote de tal cuadro: la ausencia de otros nietos o hijos, familia poco numerosa, apartamiento de la comunidad, otras separaciones o duelos anteriores, (ver por ejemplo el caso de la tía de Alberto y Cecilia).

Queda otro problema de relaciones familiares que hallamos frecuentemente (por ejemplo, en el caso de Angela): aquel del padrastro. Parece que la importancia de este problema en Nicaragüa tiene mucho que ver con aspectos culturales ligados con el machismo.

La identificación de estos factores similares a aquellos mencionados en la literatura nos permitió consolidar la hipótesis según la cual los factores que influyen en el duelo de los hijos de «héroes y mártires» nicaragüenses eran parecidos a aquellos encontrados en los huérfanos de padre de los países occidentales desarrollados. Quedan, sin embargo, a definir mejor las especifidades relacionadas tanto con el origen cultural de estos niños como con las condiciones particulares en las cuales perdieron a su padre.

Los primeros talleres de capacitación de promotores

La idea de capacitar a promotores para mejorar la atención en Salud Mental a los niños huérfanos surgió rápidamente fundamentándose en los hechos siguientes: numerosos niños perdieron a su padre en la guerra desencadenada por los Estados Unidos y la «Contra» y por eso tenían más riesgos respecto a su Salud Mental futura; los recursos humanos especializados en salud Mental Infantil eran notablemente insuficientes para prestar atención a toda esta población. La OMS está promoviendo la capacitación de la red primaria, y distintos países experimentaron ya tal política, con éxito, en el caso parecido de los desastres naturales (B. Lima 1986; N. Sartorius y P. Graham 1984; OMS 1977, OPS, 1986; Who 1987; de Wasongarz y Siniego. 1987). Ya existía una potencial red de promotores en las personas perteneciendo a los organismos de masas, a la Casa de Apoyo al Combatiente y el INSSBI, que visitan regularmente los hogares desde el día de la muerte del combatiente; las reacciones de duelo de los niños nicaragüenses eran suficientemente parecidas a aquellas relatadas en la literatura occidental, para que un extranjero

sea capaz de impartir talleres y sobre todo definir un programa de capacitación; el análisis de los factores que influyen en el duelo en el niño permitían fijar pautas en la elaboración de un programa de prevención en salud mental destinados a los hijos de «Héroes y Mártires» nicaragüenses.

Los primeros talleres tuvieron lugar en Carazo, sureste del país, durante el invierno de 1987. Esos primeros talleres no tenían solo una función de capacitación de promotores y por tanto de prevención. Constituían también una primera experiencia que nos permitiría conocer mejor la menera de abordar el duelo en Nicaragüa, es decir las costumbres culturales relativas a eso, lo que, a la larga nos permitiría afinar la metodología empleada en los talleres así como precisar los contenidos más relevantes. Es con esa característica de primera experiencia que analizaremos aquí estos primeros talleres de capacitación.

Como métodos didácticos usamos esencialmente las exposiciones participativas, el trabajo en grupo y sociodramas. Es en los sociodramas donde sobresalieron las conductas usuales de los promotores frente a los familiares del caído. Algunas de aquellas eran realmente generales, es decir adoptadas por todos.

— Dedicarse casi exclusivamente a los adultos e ignorar o por lo menos no preocuparse mucho del niño en el momento de la primera entrevista que frecuentemente coincide con el anuncio de la muerte del padre (hermano, hijo, etc.).
— Tratar de reprimir las manifestaciones emocionales de los niños (llanto, angustia, etc.), con frases como «no te preocupes», «resígnate», etc.

Otras conductas, sin ser tan generales pudieron observarse en la mayoría de los promotores:

— grandes dificultades a reconocer los afectos y emociones en los niños;
— creencias, sobre todo para los niños menores de cinco años, de que ellos no lo sienten;

— gran dificultad a abordar el tema de lo ocurrido, la caída del padre, con el niño;
— tendencia a tratar de favorecer el olvido en los adultos, y particularmente en las compañeras de los caídos, madres de los hijos huérfanos de padre, olvido en el sentido de incitar a no pensar demasiado en «él», y no hablar demasiado de «él».

Este último aspecto puede parecer contradictorio con el mantenimiento de la memoria de los «Héroes y Mártires» por la sociedad nicaragüense así como con el gran apoyo dedicado por distintos organismos del estado a los familiares como fuente de sufrimiento que es mejor, no borrar totalmente pero por lo menos «aliviar». Se distingue también un trato diferencial a los distintos familiares de los caídos: se permite más espacio al recuerdo de las «madres de Héroes y Mártires» que a las compañeras e hijos de los caídos.

Resulta de las conductas identificadas en la mayoría de los promotores (esencialmente eran mujeres), una tendencia a evitar el tema central del duelo y de los afectos y emociones que le están relacionados tanto con los niños como con sus madres y una dificultad a abordar con ellos asuntos como las visitas al cementerio, la mirada a la fotografía del caído, las explicaciones útiles que dar al niño.

No obstante, hay que destacar otros rasgos relevantes de estos primeros talleres. Aún cuando están presentes las tendencias predominantes mencionadas arriba, los promotores tuvieron mucha más facilidad a hablar de sus propias experiencias de duelo, de la cólera que pudieran sentir, de su tendencia a echar la culpa a otros (así está una militante muy comprometida que contó cómo quiso hechar fuera de su casa a todas las personas de uniforme en la primera semana después de la caída de su hermano de sus momentos depresivos, de sus angustias. Así los recientes duelos de los promotores mismos ocuparon mucho lugar en estos talleres y ayudaron mucho a los participantes a comprender mejor a las compañeras e hijos de caídos, a cambiar progresivamente su actitud en los sociodramas. Resulta además

que los talleres no tuvieron sólo función de capacitación, sino que desempeñaron también un papel terapeútico de grupo.

Costumbres culturales y proceso de duelo

Las enseñanzas de la bibliografía sobre el tema del duelo así como aquellas que deducimos de casos clínicos, nos llevaron a buscar en los talleres por un lado favorecer el reconocimiento de los sentimientos, sufrimientos y emociones tanto en los niños que perdieron a su padre como en las mujeres que perdieron a su compañero, y por otro lado permitir tanto al niño como al adulto darse cuenta de lo ocurrido y recordar al padre o marido fallecido. Pero los primeros talleres nos mostraron que la costumbre de los promotores nicaragüenses era completamente distinta. Surge así una pregunta esencial: esta tendencia a la evitación ¿constituye un riesgo cultural?, actuar en contra de la costumbre ¿sería, por lo tanto, un grave error?

La intensidad de los sentimientos expresados en los talleres y desencadenados por el abordaje de la problemática del duelo (que afecta personalmente a casi todos los nicaragüenses) sin que nosotros incitemos a eso (inicialmente la reunión de los promotores tenía el único propósito de la capacitación, y no le habíamos imaginado un papel terapéutico) nos enseña que la dificultad a reconocer los afectos de los niños y adultos procede más que todo de un mecanismo de defensa. Así lo que podía aparecer primeramente como una característica cultural constituye más, según nosotros, un mecanismo de defensa compartido por toda la sociedad y desarrollado para permitir a ésta defenderse en contra de las múltiples angustias relacionadas con la historia reciente (y menos reciente) de Nicaragüa. Pero hay que ser muy prudente con tal formulación. La presencia de los sentimientos evocados en los nicaragüenses, es clara, y como tales necesitan ser reconocidos, lo que no tiene nada que ver con su modo de expresión que es y se mantiene una característica típicamente cultural.

Por fin, la cuestión de saber si un mecanismo de defensa social puede a lo largo, convertirse en un rasgo verdaderamente cultural sobrepasa nuestro propósito.

Trastornos psicosomáticos y su prevención en los futuros movilizados

Varios futuros movilizados (es decir jóvenes en edad de ser movilizados que hasta ahora no fueran llamados al servicio militar) llegaron a la consulta de psiquiatría del hospital de Jinotepe con síntomas psicosomáticos. Emitimos la hipótesis en términos sistémicos, de que se trataba de la expresión de una angustia familiar no formulada. Lo que podía aparecer como un intento consciente de engañar al médico para poder evitar el cumplimiento del servicio militar, nos parecía ser más que todo, una manera inconsciente de resolver temporalmente una angustia compartida por toda la familia por un posible retraso en la fecha de movilización del jóven. Si así era, no se trataba de un intento de engaño sino de un sufrimiento psicosomático real.

Apoyándonos sobre esta hipótesis, buscamos en cada caso reunir a la familia para que cada miembro pueda expresar verbalmente su angustia ante la marcha próxima del jóven. Eso quería decir no sólo hablar de la separación de dos años, sino también del claro riesgo que corre la vida del muchacho, es decir de la posibilidad de su muerte. En un segundo tiempo intentamos alentar la preparación de la próxima separación: ¿cómo pensaba proceder la familia para recordar los miembros ausentes?, ¿pensaban mantener una comunicación, aunque irregular y espaciada, entre ellos?, ¿cómo en caso de muerte del movilizado éste iba a perdurar en el recuerdo de los supervivientes?

Nos dimos cuenta de que en la totalidad de estos casos había existido anteriormente una total denegación del futuro acontecimiento doloroso: todos sabían pero nadie hablaba de eso. Por otro lado el trabajo terapeútico, tal como lo describimos (una

descripción más amplia sería útil pero fuera del marco de esta exposición), resultó muy exitoso y en el 80% de los casos desaparecieron los síntomas en un promedio de tres entrevistas aunque ninguna medida en favor de una dispensa médica haya sido pedida. Al contrario alentamos al joven a emprender lo más rápidamente posible trámites de inscripción, para que todos, el y su familia, sean fijados sobre su suerte, esperando así disminuir la angustia de todos, convirtiéndola, en el peor de los casos, en un miedo bien definido.

Este éxito confirmó nuestra hipótesis. Pero, más que eso, nos permitió sentar las bases de un trabajo preventivo con los movilizados y sus familiares. No sólo prevención de los trastornos psicosomáticos en los futuros movilizados (que hay que distinguir claramente de los trastornos psicóticos los cuales surgen, según nuestra experiencia clínica, cuando el muchacho está propiamente atrapado por el doble vínculo «double bind» tejido por su familia: «si te vas al servicio militar, nunca podremos aguantar» y «pero de todos modos eres tu quién decides» mensajes que coinciden con la definición de doble vínculo dada por G. Bateson; la terapia de tales trastornos en los futuros movilizados es evidentemente mucho más difícil) sino también una prevención de otros trastornos que pueden desarrollarse durante el tiempo de movilización del joven tanto en él mismo como en otros miembros de su familia, una prevención de algunos trastornos típicos del desmovilizado y una prevención de las reacciones patológicas de duelo en los sobrevivientes en caso que cayera aquel que está prestando su Servicio Militar. En efecto, se puede suponer que si la angustia, y por lo tanto la lealtad familiar callada —no expresada verbalmente— es capaz de hacer brotar trastornos psicosomáticos en el futuro movilizado antes de su salida, será también capaz, si se mantiene callada hasta la incorporación a filas, de provocar otros trastornos ulteriores en cualquier miembro de la familia, y de agravar la sintomatología usual hallada tanto en el proceso de duelo como en el momento de la desmovilización.

La relación con la problemática de los hijos de combatientes caídos es doble. Primero se observa que los factores que favore-

cen la aparición de los trastornos en los futuros movilizados son parecidos a aquellos que constituyen un riesgo para los niños huérfanos de padre: es el caso particularmente de la manera de presentar, de hablar de lo ocurrido (o de lo que va a ocurrir), de la posibilidad otorgada de darse cuenta de lo ocurrido (o de lo que va a ocurrir). Segundo, como la existencia de una separación previa con el padre complica el proceso de duelo en el niño (Elizur y Kaffman), es muy probable que las condiciones en las cuales se desarrolla esta primera separación (en este caso la movilización del padre) influirán sobre una ulterior reacción de duelo y, por las razones arriba expuestas, de la misma manera que actúan sobre la salud Mental del futuro movilizado. Otros puntos de convergencia: una acción terapeútica orientada hacia la clara formulación de lo que ocurrió o de lo que va a ocurrir parece tener semejante eficacia en los dos casos; actitudes preventivas desarrolladas por promotores de salud en la comunidad son, en las dos situaciones, bastante fáciles de determinar y de promover, y además tendrían, por las similitudes de los factores identificados, un alto grado de relación.

Por todo ello deducimos que el trabajo de prevención de la red primaria dirigido a los huérfanos de guerra podía ya empezar antes de la muerte del combatiente, en las semanas precediendo su movilización, es decir la primera separación: de tal prevención previa, no se beneficiarían sólo los hijos de movilizados que perdieron a su padre en la guerra, sino también todos los otros así como otros familiares cercanos a los jóvenes llamados a cumplir su Servicio Militar (padres, hermanos, etc.).

Conclusiones

Las observaciones que hicimos en las etapas preparatorias del trabajo nos permitieron definir más precisamente un programa de capacitación de promotores de salud infantil dedicados primero a la atención de los hijos de caídos.

1. Nuestra experiencia comprobó la validez y la factibilidad de un proyecto centrado en la capacitación de la red primaria.

2. Los talleres tienen que estar dirigidos, o por lo menos supervisados, por profesionales de salud mental infantil en razón del carácter terapeútico que pueden tomar esos talleres.

3. Por las mismas razones, así como para permitir la factibilidad de técnicas metodológicas comno los sociodramas y las exposiciones participativas la asistencia por taller no podía exceder 15 promotores.

4. Los contenidos tienen que incluir principalmente:

a) La técnica de entrevista de los familiares sobrevivientes (respetar a la familia y su sufrimiento, establecer una relación de confianza con ellos, tomar en cuenta al niño).

b) Favorecer la posibilidad para el niño de darse cuenta de lo ocurrido.

c) Reconocimiento de los sentimientos, afectos y emociones del niño.

d) Detección de los familiares con riesgo (según la estructura y el modo de comunicación familiar).

5. El trabajo de los promotores no se limita a las familias de los caídos sino que se extiende también a las familias de futuros movilizados. Por lo mismo su labor preventiva no concierne sólo a los niños sino a toda la familia del movilizado y del caído.

6. Tanto los contenidos como la metodología tienen que tener en cuenta las características culturales sin que sean confundidos, no obstante, rasgos culturales y mecanismos de defensa sociales.

Así es como definimos el programa de capacitación destinado a la IV Región, cubriendo todo su territorio. Recientemente, se

hizo un primer taller regional de formación de los agentes del programa (psicólogos del ministerio de salud, trabajadores Sociales del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar, coordinadores de los programas «caídos» en las Casas Zonales de Apoyo al combatiente). Seguirán los talleres zonales de capacitación de los promotores.

Claro que se necesitará además desarrollar investigaciones permitiendo la evaluación del programa.

Por eso, ya empezamos dos investigaciones en zonas donde hasta ahora no hubo talleres: una destinada a conocer el perfil epidemiológico de la salud mental de los niños nicaragüenses. otra permitiendo el conocimiento de la salud mental de los niños hijos de caídos. Estos estudios nos servirán de puntos de referencia cuando tratemos de comprobar la eficacia del programa.

En un segundo tiempo, nuestro objetivo será aplicar la solución de los talleres a los niños abandonados y maltratados, a los hijos de padres separados, que, en ciertos aspectos, no es tan alejada de aquella de los niños huérfanos. A medio y largo plazo, esperamos poder desarrollar un verdadero programa de prevención en Salud Mental Infantil apoyándonos sobre la capacitación de la red primaria. En eso, la elaboración con el MINSA de un programa de educación popular en salud mental infantil, constituye un primer paso.

Quedan dos preguntas teóricas: ¿en qué se diferencia la problemática del huérfano de guerra de aquella de los otros huérfanos? ¿En qué esta problemática depende del contexto sociopolítico? Si los datos actuales no nos permiten sacar conclusiones definitivas, permiten sin embargo avanzar algunas hipótesis.

El huérfano de guerra tuvo que afrontar una separación con el padre, a menudo larga, en el momento de su movilización. Además vive en un ambiente donde la angustia, verbalizada o no, está muy presente, además, la incitación a la memoria de los

«Héroes y Mártires» actúa por sí misma en contra del olvido fomentado frecuentemente por las familias (como denegación y evitación), pero por otro lado marca socialmente al niño como huérfano, y según la práctica de los organismos encargados de brindarles atención, puede contribuir en la familia el desarrollo de una mentalidad asistencial. Alguno de estos elementos complica la problemática de duelo del niño, otros, sin duda favorecen la superación del duelo. Pero, por lo menos, la identificación de estas diferencias nos permite suponer que no se puede completamente confundir la problemática del huérfano de guerra con aquella de cualquier otro huérfano.

Por supuesto, la influencia del contexto sociopolítico no está contemplada por los estudios israelíes, pero es posible que ésta exista, ya en lo que se refiere a la identificación del pueblo con la misión de los combatientes, ya también en lo que se refiere a la estructura social que favorece o no la constitución de una red primaria de atención.

Aún si tales influencias parecen indirectas, sin embargo pensamos que debieran existir.

Por esas razones, se debe urgentemente estimular nuevas investigaciones con lo hijos de combatientes fallecidos en cambate y con huérfanos de guerra en otros países del mundo, como por ejemplo en Nicaragüa. Eso sin despreciar el valor de los estudios israelíes que nos ayudaron mucho a establecer las bases teóricas de nuestro proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIES P. Essais sur l'historie de la mort en Occident du Moyen Age a nos jours, Paris, Seuil, 1975.

2. BAIDER L. y ROSENFELD E., Effects of parental fears en children i wartime, Social Casework, Vol. 55,8, 497—503, 1974.

3. BATESON G., JACKSON D. y col., Toward a theory of schizophrenia. Behav. Sci. 1, 251—264. 1956.

4. BOSZERMENYI—NAGY I., SPARK G.M., Lealtades Invisibles, Amorrortu Ed. Buenos Aires. 198O.

5. BOWLBY J., La pérdida afectiva, tristeza y depresión, Paidós, Buenos Aires, 1983 (edición en inglés 1980).

6. BOWLBY J., «The Making and Breaking of Affectional Bonds», Brit, J. Psychiart, 130, 201—10 y 421—31, 1977.

7. DUPONT M.A., «Una técnica de capacitación para promotores de salud mental en situación en crisis», in Psicología para casos de desastre, Editorial Pax México, 151—174, 1987.

8. ELIZUR E. y KAFFMAN M., Factors influencing yhe severity of childhood bereavement reactions, AM.J. Orthopsychiatry, Vol. 53 (4), 668—676, oct. 1983.

9. EISENBRUCH M. Cross—Cultural Bereavement, Ethnology amb Family Therapy, 283—343, 1985.

10. FAIRBARN W.R.D., «Psycoanalytic Studies of the personality», Londres, Travistock Publications, 1943.

12. FREUD A. y BURLINGHAM D., Infants without families, Internacional University Press, New York. 1944.

13. FREUD A. y BURLINGHAM D., War and childrens, International University Press, New York. 1942.

14. FURMAN R., Aptitude de l'enfant au deuil, in ANTHONY E. y KOUPERNIK C., L'enfant dans la famille, Paris, Masson, (vol 2), 1974.

15. GOURDON HANUS D., y col., Le deuil chez l'enfant, La psichiatrie de l'enfant, Vol. XIIII (1), 319—340, 1980.

16. HATTAB J., Psychothérapie d'un jeune orphelin de guerre, Gènitif, Vol. 5(4) 88—94, 1983.

17. JOHNSON P. y ROSENBLATT P., Grief following a childhood loss of parent, Am. J. of Psychoth., Vol. XXXV(#), 419—424, july 1981.

18. KAFFMAN M. y ELIZUR E., Children's bereavement reactions following death of the father, Int. Journal of Family Therapy, 6 (4), 259—284, 1984.

19. LIMA B. «La atención primaria en salud mental infantil», Salud Pública de México, 28, 354—360, 1986.

20. METRAUX J. C., ESPINOZA C., Atención en salud Mental a Niños Huérfanos de Guerra, Folleto, MINSA IV Región, NICARAGUA, 1987.

21. MINUCHIN S., FISHMAN H., Técnicas de Terapia Familiar, Paidós, Barcelona, 1984.

22. OMS, Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del niño, nº 613—, 1977.

23. OPS, Asesoría en salud mental a raíz del desastre de Armero en Colombia, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol 101(6), 678—683, dic. 1986.

24. SARTORIUS N. y GRAHAM P., Salud mental infantil: experiencia de ocho países, Crónico de la OMS, 38(5), 213—217 919840.

25. de WASONGARZ A., y SINIEGO A., Una experiencia educación, in «Psicología para casos de desastre», Editorial Pax México., 131—150. 1987.

26. WHO, A manual on child mental health and psychosocial developmeny, SEA—, HENT—65,66,67,68, Restricted, 1982.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

DE LO RACIONAL Y DE LO IRRACIONAL EN LA RELACION PADRES-HIJOS

Por Walter BETTSCHART*

Mi intención no es, en absoluto, presentar la elaboración de una teoría que pudiera pretender hacer una distinción clara entre lo normal y lo patológico, una definición de la disfunción psíquica y de la variación de la norma. Lo racional y lo irracional no se superponen ni a un esquema tan simple, ni a nociones como inconsciente y consciente, de las cuales el primero sería expresión o representación de lo irracional, y el segundo, de lo racional.

Es mucho más apasionante estudiar el hecho de que nuestra historia personal, nuestra práctica clínica e igualmente la historia de la ciencia, están impregnadas de creencias y de pensamiento mágico. Fundamentos irracionales se justifican mediante razonamientos cuyo objetivo es la búsqueda de la verdad. ¿Cómo negar que lo irracional es a menudo un motor más potente que el razonamiento para nuestra acción y nuestra investigación?

*Catedrático de Psiquiatría Infantil. Facultad de Medicina de Lausanne
Director del Servicio médico-pedagógico de Lausanne

Traducción: Marian Fernández Galindo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

La infancia continúa siendo la fuente de toda vida

Ningún otro período de la vida está tan dominado por lo irracional como el que va desde la concepción hasta el final del primer año. Los actores, o sea, los padres y, en segunda fila, la familia de origen, y luego el recién nacido, son arrastrados por emociones y afectos irracionales que a menudo desafían todo pensamiento lógico.

Esta etapa nos confronta a nuestros investimientos narcisísticos y objetales y pone a prueba nuestros ideales, nuestra vida de relación y nuestra identidad.

En algunos meses y tras la decisión, que se pretende libre, de crear una familia o, al menos, de procrear, se opera el paso de la mujer a madre, del marido a padre.

Nosotros no podemos ni como médicos, ni como terapeutas, ni como investigadores, hacer abstracción de nuestras vivencias personales. Por otra parte, nuestro propio análisis y nuestra formación teórica nos permiten tomar distancia y hacer investimientos más dúctiles, afrontando los problemas de los pacientes con mayor coraje y con una empatía más auténtica.

Podríamos hablar de una actitud profesional «razonable» por oposición a una actitud emocional, expresión de nuestras experiencias personales. La mayor sensibilidad, adquirida en nuestro análisis implica a veces una mayor vulnerabilidad en todo lo que concierne a nuestra vida amorosa y a los acontecimientos que acompañan al nacimiento y a la muerte. Las emociones y las fantasías en torno a la concepción, al embarazo, al parto, a las primeras relaciones entre padres e hijos, trascienden ampliamente a los individuos e infiltran nuestras actitudes tanto en el trabajo clínico como en la investigación. Son el objeto de numerosas discusiones científicas en las cuales ciertas elaboraciones teóricas y apasionadas confrontaciones no dejan lugar a duda sobre sus fuentes y sus implicaciones. Las diferentes aproximaciones metapsicológicas se convierten así en un campo de batalla donde el fundamento de los conceptos y de las referencias teóricas se de-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

fiende o se combate con tal ardor que uno podría preguntarse si el verdadero problema no está, en realidad, fuera del campo científico en el sentido de que la construcción teórica sirve de pretexto y debe proveer de esqueleto, soporte y referencia a las vivencias personales.

Se repite a menudo que la medicina moderna, las técnicas psiquiátricas y psicoanalíticas, desmitifican la vida e impiden la expresión espontánea de las vivencias y de las relaciones. En su lugar se pondrían la intelectualización y el razonamiento. Este no es un peligro que se pueda descartar siempre, pero veamos el desarrollo inverso: emitimos la hipótesis de que la búsqueda de conocimientos y de nuevas técnicas encuentra su fundamento afectivo y su fuerza en nuestros deseos y temores de la primera infancia. De esta forma podemos definir y perseguir mejor los objetivos de la investigación y del trabajo clínico, incluyendo nuestros recursos personales.

Tomemos el siguiente ejemplo: en el curso de los últimos años, las diferentes formas de fecundación asistida médicamente han progresado en número, calidad y diversidad. La demanda, sea de parejas estériles, de parejas que rechazan las relaciones sexuales o, incluso, de mujeres que desean un hijo sin coito o sin partenaire, va en aumento. Las razones aducidas por los solicitantes para crear un niño son múltiples. Es apasionante observar una cierta complicidad y mutualidad, no verbalizadas, entre investigadores, clínicos y futuros padres. Todo parece indicar que las necesidades de los unos refuerzan las de los otros, en una especie de espiral en la que, cada movimiento, engendra y refuerza otro. Concebir solo hijos, la partenogénesis, es un viejo sueño, igual que el de evitar el acto carnal de la concepción.

Yo he tenido la ocasión, volviendo a los estudios sobre las fantasías sexuales en el niño, de encontrar las fuentes precoces de esos sueños. Una muchachita de 9 años, desgraciada, consultaba por dificultades en el aprendizaje y describía el acto sexual como una cosa sucia. Insistía sobre todo en el papel del padre que va a buscar píldoras a la farmacia. Es el deseo de recurrir a la medicina antes que al propio cuerpo. El parto se hará,

naturalmente, en la clínica, donde el papel principal pertenece al médico.

Esta fantasía defensiva es frecuente, pero la niña me impresionó por su imposibilidad de fantasear o de aceptar la realidad, la exclusión del partenaire y la necesidad de recurrir a los médicos y a la medicina. Se ve claramente como la medicina juega el papel creador en lugar de los padres; la madre no parece ser más que un instrumento en el papel activo que asume el médico en el momento del nacimiento. Quizá muchos padres o muchas mujeres recurren a la ayuda médica porque este tipo de concepción garantiza, en cierta forma, una concepción estéril. No se trata de un juego de palabras: la esterilidad es a veces el motivo real, pero también puede tratarse de concebir de una manera «estéril», por un lado sin emociones, sin las fantasías del coito, y por otro, sin implicar activamente el cuerpo. Así se puede afirmar la separación total entre sexualidad y procreación.

El psiquiatra de niños y de adolescentes está tan interesado por esta nueva forma de concepción —por razones preventivas y terapéuticas— como por la adopción. Las razones aducidas por los padres para recurrir a ambos métodos son semejantes. No es raro que padres declarados estériles conciban espontáneamente en el curso de las gestiones o poco después de la adopción.

El deseo de un hijo no es unívoco. Se expresa como deseo individual o deseo en la relación conyugal y obedece, en parte, al entorno cultural y social. El niño puede ser deseado porque asegura la estirpe y perpetúa el apellido y, si es posible, la profesión de la familia. En ciertas sociedades, el varón es preferido de tal manera a las niñas que hay asesinatos de recién nacidos niñas. El infanticidio se ha utilizado y se utiliza todavía como medio de poner a raya a la explosión demográfica. Por nuestra experiencia clínica y nuestras investigaciones sabemos que la concepción de un niño no es un azar; así, sabemos del «niño del duelo», concebido cerca o después de la muerte de un ser querido; el niño que viene a reemplazar a un hermano o hermana perdidos en sus primeros años; el niño de la reconciliación que, en cierta forma, debe sellar el reencuentro de los esposos. De una larga lista en la que el niño debe asumir un rol fan-

tasmático determinado por sus creadores y/o su familia de origen, podemos aun mencionar el «niño-don»: la madre «da» el hijo a su marido o a sus padres con consecuencias a veces trágicas cuando, por ejemplo, a los ojos del niño sus abuelos se convierten en sus padres.

Su eminencia el bebé: amado, traicionado, desconocido

Los colegas que no tienen la suerte de estar en contacto diario con los niños no perciben su evolución más que a través del relato del adulto. Así se encuentran en sus exploraciones o sus tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos con el niño reconstruido por el paciente (o por el padre en tratamiento) en tanto que individuo o actor en la novela familiar.

Pero, de hecho, ¿qué es un lactante? ¿cómo es? ¿cuáles son sus necesidades, sus deseos, sus angustias?

Para responder, necesitamos fundamentos teóricos pero también necesitamos la clínica, es decir, la observación directa del niño y de sus intercambios *«in situ»* con los padres o con los personajes de referencia. Para cerrar el triángulo, se necesita completar y enriquecer la clínica y la teoría mediante la investigación. El rechazo de una u otra solo puede conducirnos a un callejón sin salida, bien a un actuar simple, con explicaciones pseudocientíficas, o bien a una contemplación narcisista después de haber perdido el objeto de estudio, el niño.

Yo tuve ocasión de participar en seminarios y controles de psicoanálisis con R. Spitz, hace una veintena de años. Durante un encuentro informal, le pregunté como había sido capaz de relacionar sus observaciones con las teorías, como había podido hacer fructificar las unas y las otras. Sólo recuerdo una respuesta: «Mi querido colega, Vd. observe al bebé, después acuéstese sobre el diván y comience a fantasear; después, observé de nuevo al bebé». Esta respuesta o, al menos, el recuerdo que yo guardo de ella, constituye para mí un modelo de trabajo que ha llegado a ser una especie de hilo conductor: observar-fantasear. Las observaciones clínicas y tera-

péuticas y los resultados de las investigaciones nos han aportado una suma inesperada de conocimientos sobre el recién nacido, sobre la construcción de su mundo y de sus relaciones con su medio. Las competencias del recién nacido, el juego de la relación afectiva, el desarrollo normal y patológico que puede expresarse tanto en el plano somático como en el psíquico, como por ejemplo, las depresiones precoces, son todos ellos descubrimientos de los cuales estamos lejos de haber calibrado en su justa medida la importancia y las consecuencias. Hablar de competencias del recién nacido como un asunto propio de la neurofisiología es de un reduccionismo empobrecedor. Estas competencias le son esenciales al recién nacido para los investimientos, tanto preobjetales como objetales, pero también son indispensables para el medio, que se ve así estimulado y recibiendo respuestas.

Se pueden mantener puntos de vista diferentes en cuanto a la calidad y al nivel de desarrollo del aparato psíquico del lactante, pero es innegable que, en el niño normal, por oposición, por ejemplo, al niño autista o retrasado mental, esos, calidad y nivel, son operativos y adaptados a la situación.

Es preciso que insistamos en el hecho de que no hay percepciones ni praxias pasivas (en el sentido de reflejos solamente). Desde el principio, el bebé inviste su sistema sensorial y motor ya que, desde el primer día, el lactante puede reconocer la voz, el olor de su madre, la leche que toma, el estado afectivo de su madre y responderle en consecuencia. Todo conduce a pensar que no se trata solamente de un investimiento cuantitativo, en el sentido de presencia o ausencia, sino cualitativo, es decir, un investimiento libidinizado. Todos los ejemplos muestran que una atención correcta pero sin afectos del bebé, conduce a la atrofia, incluso a la muerte, de este. Personalmente, yo tiendo a mantener la noción de *deprivación afectiva*, prefiriéndola a la de deprivación sensorial que, si bien puede parecer más científica, no tiene en cuenta la realidad, porque olvida los intercambios emocionales y afectivos entre el niño y su madre[1].

1. En el curso de la exposición se han mostrado extractos de documentos filmados de una investigación longitudinal efectuada en el marco de Servicio Universitario de Psiquiatría del Niño y del adolescente, concernientes a dos niños, ambos a la llegada a la guardería y en el momento de la recogida por parte de la madre (Dr. fil. B. Pierrehumbert, PD).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

La importancia de la relación madre-hijo, ¿una ficción para recluir a la mujer en la casa? ¿cuál es el futuro?

Durante siglos, o tal vez milenios, no ha habido una preocupación por los niños en tanto que individuos. El ejemplo clásicamente citado, el de la experiencia del emperador Federico (siglo XIII) es, probablemente, una excepción (para descubrir la lengua original de la humanidad, el Emperador encargó a unas nodrizas de dar todos los cuidados necesarios a unos lactantes, pero con la prohibición absoluta de hablarles. Según los cronistas, los lactantes morían rápidamente). La actitud del adulto era, o bien dar a los niños, hasta una cierta edad una libertad más o menos generosa depositando una confianza total en la «sabiduría de la naturaleza», o bien, sacarle de su «estado salvaje» mediante una rigurosa educación. Durante siglos, la sociedad burguesa confiaba a los pequeños el cuidado de nodrizas. Los trabajos de R. Spitz y T. Bowlby han cambiado fundamentalmente las actitudes hacia los lactantes y hacia la relación precoz madre-hijo. A menudo interpretados al pie de la letra, han provocado reacciones, a veces irracionales, pero también han estimulado investigaciones complementarias, entre las que podemos citar las de M. Rutter y T. Ainsworth.

Hoy día, se admite generalmente que los niños carenciados no tienen un destino tan sombrío y catastrófico como se había escrito. Excepto en casos excepcionalmente graves, los trastornos son más de orden cualitativo que cuantitativo, lo que por otra parte no reduce en nada su gravedad. De ésto a seguir a C. Ernst, que es una psiquiatra de Zurich que ha hablado de la utilización de los hallazgos de R. Spitz para mantener o enviar a las mujeres al hogar acudiendo a los sentimientos de culpabilidad de las madres, hay un paso que no debemos dar.

Admitamos que sea falso extrapolar sin más al ser humano las experiencias de T. Harlow y las observaciones de K. Lorenz hechas en animales. En el ser humano existen posibilidades de recuperación evolutiva, mecanismos de adaptación y una plasticidad cerebral mucho más importantes que en los animales. En este contexto, han tenido lugar debates más que criticables y

apasionados, sobre la madre esquizofrenógena, asmatógena, depresógena, psicotóxica, etc.

Nuestros propios hallazgos nos dan materia para la reflexión: hemos examinado una muestra representativa de trescientos niños de 9 años elegidos al azar entre la población residente en el cantón de Vaud. Los resultados han puesto en evidencia y confirmado, como otras investigaciones, la importancia de la relación precoz para la evolución de estos niños. Los sujetos que hubieron de ser recogidos en instituciones en el curso de sus primeros años, presentaban trastornos psíquicos de manera mucho más frecuente y más importante que los otros.

Por el contrario, sufrimos un verdadero choque, reexaminando a los mismo sujetos cuando tenían 20 años. A esta edad el factor de la institucionalización precoz no juega ningún papel en cuanto a los trastornos psíquicos a esa edad.

Los siguientes factores influenciaban significativamente la salud psíquica de esta población de 20 años:

1. *En las chicas*: la situación escolar a la edad de 9 años así como la situación conyugal de sus padres. Este último parámetro tenía un papel mucho más importante en el equilibrio de las muchachas de 20 años si se asociaba, durante la adolescencia, a una salud psíquica frágil y a las malas relaciones entre los padres.

2. *En los chicos*: la situación es diferente. El hecho de haber sido seguido en el plano psicológico o psiquiátrico a la edad de 9 años estaba estrechamente ligado al hecho de tener trastornos psíquicos a los 20 años. La gravedad de la afección psíquica a la edad de 9 años juega un papel, a través del fracaso escolar. Además, una salud psíquica frágil en la adolescencia, influencia negativamente la salud psíquica a los 20 años.

Sería demasiado fácil extraer la conclusión de que las perturbaciones, en el sentido de carencias, en el curso de la primera infancia, ya no juegan ningún papel a la edad de 20 años. Antes

que nada es preciso insistir una vez más sobre el hecho de que la adolescencia probablemente permite, en condiciones favorables que tengan lugar reorganizaciones importantes. S. Freud en sus «Tres ensayos de teoría sexual», publicada en 1905 y revisada después en varias ocasiones, habla del desarrollo bifásico de la pubertad intercalado por la fase de latencia (el atribuye a W. Fliess la noción de «período de latencia sexual»). Era este un tema muy de moda en la época, del cual habla también S. Ferenczi y que fue descrito con el hombre de «neotenia». Los niños que consultan nuestros servicios son niños que, en su mayoría, no han podido hacerle frente a la primera fase de la pubertad, el período edípico. A menudo, su período de latencia está mal concluído; probablemente se trate de niños que no han podido construir vínculos afectivos sólidos y, en consecuencia tampoco tienen imagos parentales bien estructuradas y diferenciadas. En cierta forma, la segunda pubertad, la adolescencia, da una nueva posibilidad de organización en un período da mayor independencia y de evolución hacia la autonomía. Los adolescentes, incluso los carenciados, pueden entonces cicatrizar las relaciones precoces defectuosas.

También podemos emitir la siguiente hipótesis: cada etapa de la vida tiene su organización específica lo que, por una parte, permite responder a las exigencias exteriores e interiores a las que el sujeto se ve expuesto y, por otra, es la expresión de su nivel de maduración. El aparato psíquico no queda constituído de una manera definitiva de una vez por todas. El modelo que recurre a un tipo de crecimiento por oposiciones, en el que los acontecimientos cristalizan como en cristalografía, no es utilizable. En función de su edad, de su madurez biológica, sexual, social y afectiva, el sujeto dispone de recursos y de defensas diferentes. En ciertas etapas de su vida puede encontrarse en un equilibrio estable, mientras que este mismo equilibrio será particularmente frágil en otros momentos.

Volvamos a los resultados de nuestra investigación: yo pienso que, a la edad de 20 años, la cuestión de una relación estable con los partenaires (o, al menos, este es el caso en nuestra muestra), la necesidad de asumir el rol de pareja o de padre no

se plantea. Las vivencias de la primera infancia que influencian las relaciones con, o en tanto que, partenaire más o menos estable, pareja o joven padre, no son el elemento preponderante a los 20 años. En consecuencia, no encontramos ninguna incidencia de lo que se seguiría de relaciones precoces perturbadas. Con esta hipótesis, aceptamos también que una carencia precoz más o menos importante, no tiene una influencia permanente en el conjunto del funcionamiento del aparato psíquico, pero que los sujetos, en la mayor parte de los casos presentan una curación cicatricial que no se vuelve dolorosa más que en ciertas circunstancias de la vida.

Nuestra investigación no ha podido abordar más detalladamente la cuestión de la constancia relacional, el sentimiento «de abandono» y la dificultad para establecer nuevas relaciones. En este caso quizás habríamos encontrado más secuelas de la carencia precoz sufrida.

Evidentemente sería muy interesante poder seguir a estos «niños de 9 años», que tienen ahora 20 años, en unos años más en los aspectos de su vida afectiva y sexual, ya sea como solteros o en el rol de pareja y padre.

Lo racional y lo irracional del lado del padre

El fenómeno de los «hombres en cuarentena» es mejor conocido con el término de «couvade»[2], según la apelación utilizada en el Sudoeste francés. Se trata de una costumbre descrita ya en la antigüedad pero todavía vigente entre numerosos pueblos, al comienzo de este siglo. Los hombre se meten en la cama cuando la mujer está en la cuarentena que sigue al parto; en algunas regiones incluso reciben los regalos y honores debidos al

2. La práctica de la covada (también cuvada o couvada) era conocida hace aun pocos años en algunas pueblos de las zonas limítrofes entre Asturias y Galicia, particularmente entre los vaqueiros de alzada, habitantes de las brañas del occidente asturiano (NOTA del traductor).

caso. En algunos pueblos parece que se trata de una práctica religiosa que tendría una conexión natural con el pecado que el marido debería expiar haciendo penitencia. Otros autores han interpretado esta costumbre como una respuesta a la necesidad de la mujer que, en el momento del parto, retiene junto a sí al marido, para que la proteja ejerciendo una influencia mágica, de los peligros reales o fantaseados.

El primer estudio que describe este fenómeno es el de J. F. Lafitau (1681-1746) clérigo francés, viajero y naturalista, quien relata: «... la encontré entre los íberos o primeros pobladores de España, la encontré entre los antiguos habitantes de la isla de Córcega..., y aun hoy existe en algunas de nuestras provincias vecinas a España donde se le llama hacer la cobada. Existe también en el Japón y América, entre los indios caribes y los galibis».

La noción de la cobada se introduce en la medicina para describir las reacciones del marido al nacimiento y al parto. En los casos extremos, el marido se mete en cama, desde antes del nacimiento, en un estado de ansiedad o de depresión negándose a abandonar la casa o la misma cama. Muchos hombres presentan reacciones de tipo psicosomático: trastornos del sueño, del apetito, incluso trastornos circulatorios y también problemas relacionales. Es conocido el gran número de maridos que durante este período buscan un apoyo afectivo en su entorno.

En su tesis, actualmente en marcha, C. Trehern muestra, estudiando los dossiers de la Policlínica Psiquiátrica Universitaria, que numerosas consultas son consecuencia de derivaciones hechas al psiquiatra por parte del médico general, al no encontrar fundamento orgánico a las manifestaciones somáticas del paciente. Si bien en los dossiers estudiados se menciona más o menos regularmente, el embarazo de la esposa o su parto reciente, rara vez el médico establece una relación con la situación del padre. En ciertos casos, los maridos cambian de trabajo o se encuentran desorientados en el plano asistencial.

Desgraciadamente, numerosos incidentes, que seguramente son observados por los médicos generales, no son tomados

en cuenta en su justo valor. El marido resulta ser «el gran olvidado». Si se queja, encuentra con más frecuencia una benevolente sonrisa que el apoyo que necesita.

Esto podría llevarnos demasiado lejos, a plantear aquí el tema de la ambivalencia, de los sentimientos de amor y odio que despiertan los acontecimientos perinatales; pero es preciso subrayar enérgicamente la necesidad absoluta de integrar al padre en todo programa de prevención. Como factor protector, el desempeña un papel indispensable en el caso de dificultades afectivas en la madre. Pero, en las situaciones habituales, también un papel de padre activo y participante es un buen augurio y una garantía para el porvenir de la familia.

Bibliografía: Los interesados pueden dirigirse al autor.

Dirección del autor:

Prof. Walter BETTSCHART.

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent..

Avenue de la Chablière 5

1004 LAUSANNE

Suiza.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

Coloquio

P. *Fernando Cabaleiro*, Madrid. «Ayer decía Hanna Segal, y me gustó mucho escucharlo, que la realidad era un lugar de contraste con las identificaciones proyectivas, y que eso podía hacer que las introyecciones se hiciesen de otra forma. El tema que plantea hoy el profesor Bettchart, sin duda toca la cuestión de los contactos, de la relación del psicoanálisis con todo lo demás. Creo que es necesario que el psicoanalista vea límites a su tarea y a su trabajo, y no solamente límites sino también puntos de arranque para la reflexión. Esa es la doble vertiente que yo admiro en muchos profesionales..., en Kreisler, por ejemplo.

Creo que son muchas las formas de trabajar, de observar, de investigar, pero lo más importante son, sin duda, las convicciones psicoanalíticas que permiten una aproximación fecunda de la realidad.

Hay muchas cosas en lo que plantea... por ejemplo, la investigación sobre los niños veinte años después..., eso va en contra de muchas investigaciones anteriores, por ejemplo, lo recogido por Racamier en los años 50.

Y también... el contraste entre las vivencias de lo que es el niño visto, acostado en el diván y esas escenas de la guardería, tan bonitas y tan dramáticas, que hacen pensar en la importancia de la prevención y de la presencia de profesionales de salud mental cerca de esos lugares donde el niño pequeño se esta desarrollando.

P. *Marta Peral*, Madrid. «Le agradezco muchísimo la investigación de los niños a los 20 años porque me parece que nos estimula muchísimo a los que trabajamos en psiquiatría infantil y creemos en la posibilidad de reconstrucción en la adolescencia.

De todas maneras, en cuanto a la reacción frente a la separación yo creo que hay tres estadios, lo mismo que descri-

ben Ana Freud, Bowlby y Spitz. Cuando un niño está en los dos primeros estadios, que corresponden a una ansiedad básica de pérdida, eso sí es reconstruible; pero cuando el niño ha alcanzado el tercer estadio, en que ha habido pérdida de funciones del yo, en que ha habido realmente una depresión psicótica, ese niño ¿puede llegar a evolucionar? ¿Vd. cree que hay posibilidad de reconstrucción en esos niños? Yo es algo que me planteo, desde el seguimiento de depresiones psicóticas... es algo que me estimularía mucho el pensar que sí es reconstruible. Este último estadio que Ana Freud pensaba que corresponde ya, no a ansiedad de pérdida, como los dos primeros, sino a una ansiedad confusional, me da la sensación de que este último ya es difícilmente reconstruible...».

P.*Alicia Schteingart*, Ginebra. «Yo tengo algo que decirle a Walter Bettchart, que establecería un lazo entre sus observaciones y las mías, mejor dicho, que habría un agujero, un espacio vacío, que yo trataré de llenar con mis asociaciones.

Observando el primer y el segundo de sus niños, yo pensaba en los dos pacientes que he presentado hoy y me preguntaba si ese niño que retiraba la vista de su madre..., si eso significaba que el niño estaba muy enfermo, o bien, esa era una respuesta sana a una madre muy enferma, y si existiría un espacio que pudiera abrirse, a través de la guardería y de esas otras personas que se ocupan de él, que fuera como el rol del psicoanalista en un análisis y que pudiera actuar de suerte que este niño, si tiene mucha suerte no se convertiría en un enfermo grave más adelante. Me pregunto si puede haber respuesta para tal pregunta. Creo que hay traumatismos que permanecen en nuestra memoria y quizás en el curso de la vida, y si se pudieran estudiar todas las realizaciones y frustraciones de un ser humano, se podría obtener la respuesta.

Yo, viendo ese caso suyo, me pregunto que diagnóstico y que pronóstico haría yo, ¿es que ese niño se va a convertir en un enfermo o no? No tengo respuesta. Porque, me digo, si él consi-

gue una cuidadora que se ocupe bien de él, o varias personas de su entorno, quizás llegue a introyectar vínculos suficientemente consistentes como para que pueda luchar contra su carencia fundamental de base, que sería lo que Marty describe como el pensamiento operatorio».

P. *Alberto Lasa*, Bilbao. «Una pregunta brevísima: este material que hemos visto, este material de observación, ¿de qué manera se le devuelve a la madre? porque a mí me parece muy importante que, a parte de ser útil para nosotros lo fuera también para la propia madre».

P. *Rodolfo Rodríguez*, Ginebra. «Le agradezco mucho la primera parte de su ponencia porque yo también he estado traumatizado últimamente, a propósito de una institución que también Alberto Lasa conoce, que celebraba los veinte años de su fundación y donde yo había trabajado hace muchos años. Y mi traumatismo ha sido el de no tener sorpresas, es decir, que los niños que iban muy mal, a los veintipico años iban muy mal también; y que los niños que iban más o menos bien, habían mejorado. Creo que hablamos de poblaciones diferentes, pero hay también estos niños en los que la pubertad y la adolescencia no producen todas las transformaciones que hubiéramos deseado».

P. «Quería preguntarle al profesor Bettschart si nos podría explicar un poco más concretamente cómo organizan en Suiza la prevención en las guarderías infantiles».

R.*Prof. Walter Bettschart*, Lausana. «Les agradezco todo el interés que ha suscitado en Vds. mi intervención. Habría muchas cosas para decir... yo creo que nuestras investigaciones son in-

vestigaciones de casos individuales, o bien, investigaciones estadísticas sobre un mayor número de casos..., pero es evidente que necesitamos investigar sobre poblaciones no clínicas, sobre poblaciones que no se consideren como «casos».

Pienso que hay que confrontar, conjugar nuestro deseo de saber con la consecución de resultados que nos aporten algo. Pienso que las *investigaciones transversales, por bien hechas que estén, no nos aporten gran cosa. Solamente las investigaciones longitudinales pueden hacerlo.*

Deberíamos hacer eso con más frecuencia.

Otra pregunta es cómo devolver ese material a la madre... la posibilidad de reconstrucción... bien, diré que nosotros, médicos, tenemos una molesta tendencia a ver el déficit, la falta, la ausencia, la distorsión y que deberíamos concentrar con más frecuencia nuestra mirada *en el potencial evolutivo, la capacidad del niño y la explotación de esa capacidad.*

¿Cómo explicar la prevención? ¿Cómo se hace en las guarderías en Suiza? Yo he recorrido ya un camino que no quiero volver a tomar.

Yo me digo solamente dos cosas. Primera: *es preciso distinguir absolutamente entre prevención y detección.* La prevención no puede ser nunca una detección disfrazada. Libérense Vds. de la idea de que deben detectar; ese no es nuestro trabajo: nosotros debemos prevenir.

Segunda: No hagan Vds. prevención para prevenir la enfermedad mental en un bebé, enfermedad mental que él va a sufrir a los veinte, a los treinta años.

La prevención debe estar limitada en el tiempo. A dos, a tres, a seis años. Libérense Vds. de ese peso, las autoridades tratarán de cargárselo, ese peso de comprometerse a trabajar para que un sujeto permanezca mentalmente sano hasta su muerte. Eso

no tiene sentido. Si llegamos a poder prevenir para una edad dada, o para una situación dada, podemos darnos por satisfechos.

Mauricio Gitnacht, Ginebra. «Yo quería agradecerle al Dr. Bettschart la gentileza de presentarnos un material tan difícil, tan difícil de digerir, no solo en razón del tiempo sino, sobre todo, por las limitaciones de este tipo de investigación. Yo pienso que se pierde lo subjetivo, y lo intersubjetivo, tanto de parte del observador como de parte del auditorio. Cada uno de Vds., de nosotros, hemos percibido este material de una manera distinta.

Yo creo que lo que dijeron Rodolfo Rodríguez y Alberto Lasa es importante: la frustración, y la catástrofe que uno ve después, cuando uno se da cuanta de que una institución, los niños que uno pensaba que iban a salir mal, salieron mal; y los que uno creía que estaban más o menos bien, siguieron un poco mejor... Esto es un aspecto. El otro aspecto es *la triangulación*. Es decir..., yo tuve la posibilidad de tener en análisis a pacientes que fueran hijos de madres solteras, donde la posibilidad de una triangulación real era posible, inclusive desde el punto de vista imaginario. Pero, sin embargo, la posibilidad de un sustituto paterno y del contexto psicosocial en el cual se desarrollaban las vidas de estos individuos, contribuyeron a que salieran bien, o mal. Ahí el analista juega un papel importantísimo como sustituto, ya sea materno o paterno, como espero que será la experiencia de todos Vds.

Quiero insistir en la subjetividad de todos los materiales y de todos los casos que nosotros observamos».

Ricardo Sanz, Valencia. «Yo quiero, acercándonos ya a la conclusión, agradecerle al profesor Bettschart otra cosa más: que nos ha enseñado a no tener miedo a la verdad, a que una investigación refute una teoría. Porque si nos empeñamos en que

hay teorías que no se pueden refutar, entonces estaríamos partiendo de prejuicios.

Diré, a título anecdótico, que paré mi tesis doctoral, que estaba haciendo con el profesor Bettschart, entre otras razones porque era sobre los niños atendidos en el Servicio médico-pedagógico que después consultarán en el servicio de adultos. Y no consultaba ninguno. Yo no sé si en la población de Lausanne los niños son una cosa y los adultos son otra, cuando se enferman. Insisto en que es solo una anécdota y no tiene valor probatorio y también en que los resultados de investigaciones bien hechas, algo nos tienen que aportar.

Otra reflexión que yo quería hacer es que todo esto nos da un modelo para la técnica que ha ido variando. La técnica psicoanalítica propiamente dicha... cuando escuchaba a Gitnacht, por ejemplo, pensaba que sus intervenciones breves no sólo lo eran para permitir que el paciente aguantara lo que pudiera oir, etc., sino que eran en sí mismas, cuidadoras, mutativas... porque creo que hemos pasado del momento en que pensábamos que lo único mutativo era la interpretación, el insight y la perlaboración del paciente, inteligente y con todas sus capacidades. Porque el tipo de patología que nos llega exige esas variaciones técnicas que creo que hoy ya están integradas en la técnica psicoanalítica pura».

RELACION PRECOZ Y CIERTAS MANIFESTACIONES PSICOSOMATICAS EN EL PSICOANALISIS DE ADULTOS

Por Alicia SCHTEINGART*

El tema que elegí para la charla de hoy es el de los trastornos psicosomáticos, lo haré en forma regresiva, es decir, a partir del análisis de pacientes adultos y de la transferencia. Les relataré a través del material clínico algunas asociaciones e hipótesis teóricas acerca de las relaciones precoces que estos pacientes establecen de manera, a mi entender, distorsionada con sus padres.

No les relataré los trastornos psicosomáticos ligeros o leves que se encuentran en todo paciente, y en la evolución de todo ser humano; tomaré simplemente casos de pacientes que desarrollaron estos aspectos de una manera muy importante, ya sea que han venido al análisis por ello, o que han desarrollado trastornos de ese tipo en el curso del análisis. A primera vista diría que estos pacientes tenían pocos elementos en común; luego, tratando de encontrar un hilo conductor que me permitiera acercarme más al problema, encontré que *estos pacientes tenían dos elementos en común:* el primero era *la calidad de sus relaciones afectivas*, y el segundo *la intolerancia a la separación*. Estos dos puntos están necesariamente conectados por las razones que trataré de explicar seguidamente.

El encuadre analítico hace que haya un ritmo y una continuidad, dentro de este ritmo y de esta continuidad hay separaciones

* Jefe Clínico. Servicio médico-pedagógico de Ginebra.

y momentos en los cuales, por vacaciones, fines de semana o interrupciones a veces actuadas de los pacientes, esta continuidad se corta. Estos pacientes parecieran tener una habilidad especial por la cual ciertas separaciones son vividas como ataques a la continuidad, y a la capacidad continente del analista que se ve, de esta manera, menoscabada; y el paciente, en estos momentos, vive al analista como una madre fundamentalmente mala por lo cual lo ataca. En este sistema proyectivo de amores y odios, el paciente vive la ruptura de esta continuidad *como un ataque a su integridad corporal*. Y lo que surge es la aparición de una relación muy agresiva, producto de la repetición en la transferencia de situaciones muy arcarias vividas en la infancia.

Algunos de estos pacientes intentan establecer una relación sadomasoquista con el analista, pero en los momentos de ruptura la interiorización de esta relación, es decir, el sadomasoquismo vivido con el analista puesto sobre sí mismo, puede ser vivido de una manera tan destructiva que el paciente se ve como impulsado a regresar a una situación de narcisismo primario destructivo, en el cual el cuerpo o el órgano toman el lugar del objeto.

Dicho de otra manera, estos pacientes cuando se separan en estas condiciones del analista, en vez de poder mentalizar e imaginar la relación con él, la viven de una manera muy destructiva, y esta destrucción puede ser la enfermedad, o sea, una pelea en el cuerpo.

Narcisismo y masoquismo, ocupan el primer lugar de la escena, por lo cual merecen ser tratados separadamente. Otro tema es el intento por recuperar el objeto atacado y perdido a un nivel más regresivo y concreto a través de la enfermedad. es decir, no sólo la pelea con el objeto puesto en el cuerpo, sino también los cuidados que imaginan que van a recibir por parte del analista, cuidados concretos a través de la enfermedad.

Antes de presentar los casos clínicos de los que voy a hablar diré que hay un clivaje muy importante entre dos aspectos de la personalidad a nivel de lo que yo sentí en la transferencia y en la relación con estos pacientes. Esto solo puede ser sentido, capta-

do, percibido por el analista de la misma manera que la madre en su capacidad de reverie puede recibir los mensajes de su niño. Las interpretaciones que pude administrar a las pacientes que voy a presentar eran útiles, según pude comprobar en la medida en que cumplían estos requisitos. Esto es válido tanto para la transferencia positiva como para la negativa. Es la posibilidad de contener estas fantasías y proyecciones, frecuentemente preverbales, vehiculadas por gesios, ruidos, silencios y respuestas aberrantes a mis interpretaciones, lo que me permite entender y luego teorizar ciertos trastornos precoces de la relación madre-padre-niño. Y corregir la escucha y el continente que yo podía ofrecerles; allí pude imaginar las fallas en la relación, lo cual me dio la posibilidad de pensar en algo que yo llamaría *preconceptos*, siguiendo a Bion, acerca de partes psicóticas de la personalidad que funcionan a la manera de un ruido en la comunicación y que frecuentemente, a causa de la carga tanática que comportan, si no pueden ser proyectados y luego contenidos en el analista se revierten en el propio cuerpo. Estas pacientes funcionan, con un profundo clivaje entre dos partes de su personalidad: una adaptada a la realidad y que funciona en la medida en que el continente es operacional, y otra producida en base a identificaciones proyectivas masivas que funcionan como partículas beta siguiendo a Bion, es decir, sentimientos, sensaciones, percepciones distorsionadas que no pueden ser pensadas a menos que el analista las devuelva pensadas, como la madre le devuelve al niño lo que ella entiende de lo que el niño le trasmite. Esta situación aparece en los momentos de ruptura, bien porque haya rupturas reales, por interrupciones, o porque el paciente atacó tanto al analista en la realidad, en su fantasía, que este ataque funciona como una ruptura. Ahora pasaré a describir los casos clínicos.

Juanita es una paciente de 43 años de edad, casada y que tiene dos hijos varones ya adolescentes y que consulta con el pretexto, yo diría, de conocer mejor su cuerpo ya que tiene la impresión de que en este momento de su vida no puede aprovecharse inclusive a nivel sexual, de lo que ella podía sentir, dice que quiere aceptar mejor el deseo y el placer, y yo en este mo-

mento pienso; tiene 43 años, tiene dos hijos adolescentes, tiene además ciertos trastornos físicos que tienen que ver con aspectos neurológicos de los cuales no voy hoy a hablar, porque me voy a centrar en otra enfermedad. Mi hipótesis es que el hecho de tener dos hijos adolescentes y de estar acercándose a la menopausia, provocaron en ella una movilización pulsional que no pudo controlar más, con las formaciones reactivas que ella manejaba hasta ese momento.

De su historia personal, diré dos o tres datos nada más, que me parecen tener que ver con el material que ella trae, y es que tiene una madre meridional, afectiva y expansiva, muy generosa demasiado para su gusto, y un padre muy rígido, religioso y ligeramente esquizoide, tiene un hermano mayor que ella dice que es el preferido de la madre y que ella envidia mucho, y describe esta relación como incestuosa. Ella se sentía fea y diferente no podía identificarse con la madre. Detrás de todo esto lo que aparece es que ella se identifica con el padre y dice querer mucho al padre y que esto no lo hace por un acercamiento edípico, ni amoroso, sino que lo hace como el único recurso que tiene porque no se siente aceptada por la madre. Tiene en realidad una relación muy pasional con la madre, reprimida, llena de envidia y de celos y no puede aceptar ni siquiera los regalos que la madre le hace. La madre aparece como clivada y esto me lo muestra en la transferencia; yo tenía una casa con dos plantas, la planta inferior donde yo tenía una amiga que trabajaba también como analista, y la planta superior donde yo trabajaba. Permanentemente hace referencia a las dos partes de la casa, y a las dos partes de su cuerpo, y a las dos relaciones clivadas que tiene con la madre sexual y con la madre nutricia; cuando está en la parte superior de la casa, o de la madre, o nutricia, la relación es idealizada y tierna, pero inmediatamente y cada vez que aparece una sospecha de algún otro personaje que le produce celos y envidia, este sentimiento cede su lugar a ataques muy intensos y envidiosos, por lo cual la madre se vuelve muy mala y el analista también, y esto lo asocia a abundantes anécdotas infantiles en las cuales la madre le producía este tipo de sentimientos, y le costaba mucho trabajo darse cuenta como era le generosidad de la madre, lo que ella le daba, lo que producía esta envidia y estos ataques. La

transferencia, como necesitaba idealizarme, aparecía frecuentemente desplazada a personajes de su entorno, como personas que ella conocía y que atacaba porque la traicionaban.

Por ejemplo, tenía un amigo que vivía como vecinos y que de repente le dio por divorciarse y estar con otra mujer, y esta persona era muy amiga de ella y la quería mucho, de repente se volvió odiosa y espantosa y cada vez que yo intentaba interpretarle que esto tenía que ver con los ataques al personaje materno sexuado, ella volvía a la realidad e insistía acerca de la realidad de la maldad de esta persona. Yo diría que sus defensas más evolucionadas no funcionaban en estos momentos y que lo que hacía irrupción era algo que yo llamaría psicótico, porque no lo reconocía como propio, no reconociéndome además en dichos momentos como un personaje materno que da seguridad y protección.

En medio de esta temática y en el curso de un examen de rutina le encontraron una afección sospechosa en la boca que tenía 15 años de antigüedad; la biopsia confirmó una lesión maligna; sin embargo, pudo volver al análisis rápidamente, luego de la operación que ella vivió como un castigo por muchas razones pero sobre todas porque tenía miedo de no poder hablar durante las sesiones, lo cual no ocurrió. En medio del período de biopsia, tuvo un sueño; era Navidad y había metido en su boca, con gran fruición una bola del árbol de Navidad pero esta bola le explotó adentro, le pinchaba, y le dolía y tenía sensación de tener algo roto. Sus asociaciones tenían que ver con la avidez que relacionó con la generosidad de su madre que ella no soportaba, pero sobre todo lo que apareció fue el odio en la transferencia por recibir tantas cosas de mí que ella vivía, sin embargo, como insuficientes y que consecuentemente atacaba, en este momento odiaba a todo el mundo y sobre todo me odiaba a mí, porque yo estaba sana y ella estaba enferma. En este momento, como podrán observar, estos son sentimientos paranoides que hicieron irrupción pero poco a poco pudo irlos integrando, en la medida en que se iba calmando, cierto es que había momentos en que no podía hablar de su enfermedad y tardó muchos meses en poder hablar de ello, porque se sentía muy perseguida cada vez

que lo hacía; sin embargo se daba cuenta que cuando hablaba se le iba calmando. La operación evolucionó positivamente y un injerto fue posible. En los meses que siguieron a la intervención, no sólo trajo aspectos *clivados* de idealización y de ataques al analista, sino que fue integrando estos sentimientos, de manera que se acercaban más a la ambivalencia. En este momento el tema del masoquismo y de sus ataques a su capacidad de goce comenzaron a ser abordados al mismo tiempo que se sentía menos perseguida cada vez que yo le señalaba en una interpretación una conexión entre la separación, el ataque al objeto y el ataque al Yo o al cuerpo.

Pasaré ahora a relatar el caso de Gabriela, paciente que vino a consultarme a los 34 años de edad. Me habló de entrada de su angustia, que ella relacionó con una enfermedad intestinal crónica que había comenzado hace cinco años y que había remitido casi totalmente. En esa época, una gran hemorragia la llevó a consultar médicos y psiquiatras; estaba muy asustada. Muy rápidamente, me detalló su relación con los médicos a los cuales investía de caracteres mágicos y omnipotentes o bien los eliminaba, de la misma manera que lo hacía con sus materias fecales. Trataba así mismo de eliminar a sus padres, sin éxito, de sus pensamientos. Me inundó de material, me contó muchas cosas, pero era evidente que buscaba impresionarme y además ponerme a prueba para ver que tipo de médico-madre yo era. También me dijo que hacía poco que estaba en el país y que no tenía casi de donde aferrarse. Evidentemente el compromiso de un contrato analítico era un desafío, sobre todo para mí, y pasaron varios meses antes de que pudiera concertarse, ya que por comenzar hizo una ciática por lo cual debió guardar cama y luego se fue de vacaciones.

A partir de allí yo le impuse el contrato, cantidad de sesiones y de honorarios, elementos que no dejó nunca de reprocharme: porque quería venir todo el tiempo, nada le alcanzaba, y porque el dinero era mucho. Pagó y vino siempre, salvo en dos ocasiones: una en la que se hizo hospitalizar e indujo a los médicos a

ponerle anticoagulantes gota a gota lo cual era un acto ilógico y suicidario. Luego me llamó desesperada para ver que le decía yo de este *acting*, es decir, obligándome a actuar.

La segunda vez se fue a internar fuera del país, por investigaciones relativas a su enfermedad intestinal, acting que me reprochó, ya que yo me ocupaba mal de ella, como su madre, y se veía, decía, obligada a hacerse cuidar por otros.

La relación que había establecido conmigo era además, apasionada. Es cierto que me atacaba y que me ponía a prueba frecuentemente, pero también todo lo que decía o hacía parecía girar alrededor de la *transferencia*. Yo debía ser su objeto único, y todos los otros objetos con los cuales se relacionaba parecían, aparte de sus padres, desplazamientos de su relación conmigo. Estos lazos eran de naturaleza predominantemente sadomasoquista. También traía frecuentemente en el material relaciones de amor con otras personas manifiestamente con la intención de provocarme; por ejemplo tratar de que yo me pusiera celosa como ella lo estaba.

Me vigilaba constantemente y cuando yo partía de vacaciones o cuando tenía un fin de semana prolongado se enojaba violentamente, tratando de actuar dentro o fuera del *encuadre*, o enfermándose, que era otra manera de hacerlo. Otras actuaciones sucedían a nivel sexual, ya sea homo o heterosexual. Pudo por fin hacerse de algunos amigos y establecer una relación heterosexual más estable, con características sadomasoquistas. Su partenaire era profundamente maternal con ella y le toleraba cualquier cosa. Ella lo denigraba tratándolo de poca cosa, y además acusándome de ello ya que yo le sacaba todo el dinero. El representaba, además, una parte amada y denigrada de ella misma. De esta manera podría aferrarse a un pecho-pene nutricio que le permitía luchar contra su intensa destructividad. Los fines de semana iba a la montaña. Allí se sentía físicamente bien; se aferraba a la roca, se ponía en situaciones que ella vivía como peligrosas y edificantes a la vez. Necesitaba vivir *sobre la cuerda floja* y hacérmelo sentir. La roca era también yo, ya que Stein, que es la primera parte de mi apellido significaba piedra. La mon-

taña era también su padre y su abuelo materno a quien ella había querido mucho ya que ambos en su juventud habían trepado a las montañas.

Cuando escalaba sentía que hacía conquistas para mí, ello calmaba además su excitación permanente y sus deseos destructivos. Otra de las razones que contribuían a su bienestar, era que Gabriela sentía que me dominaba maníacamente y que me miraba desde las alturas.

Creo que el interés del caso que presento reside en mostrasles cómo esta paciente pasa constantemente de un nivel perverso sadomasoquista con el objeto, a nivel psicosomático, cada vez que siente que el objeto único que debiera encuadrarla y contenerla se le escapa. Es como si no pudiera internalizar, es decir, simbolizar la relación, que se ve así degradada o rebajada a la descarga que se vuelve mortífera, sin el objeto presente que le permita una ligazón libidinal. Esta carga libidinal es necesaria frente a su intensa destructividad. Mi hipótesis es que Gabriela tuvo una madre débil, deprimida y poco continente. Probablemente sea cierta la fantasía que la paciente se hacía con respecto a la relación de sus padres: que su madre necesitaba de su padre, que no podía por ello «traicionarla», consagrándose a su hija. Esta fantasía es el reverso de los intensos deseos posesivos de la paciente con respecto a su madre. Al sentirse excluida, la carga tanática y destructiva filogénética de esta paciente se vio incrementada. A esta situación se agrega la falta de continente materno, cosa que se confirmó en la transferencia. Gabriela necesitaba fijar su destructividad en relaciones sadomasoquistas. En su defecto, esta destructividad sigue incrementándose por un camino regresivo desimbolizando lo ya simbolizado a través del síntoma psicosomático. El beneficio secundario es, además, hacerse tratar como una niña y recuperar así a la madre.

Para terminar, relataré el caso de Mariana, paciente que vino a verme pasados los 40 años de edad, en medio de una situación de pareja que parecía deteriorarse. El sentimiento de ser aban-

donada le creaba crisis de angustia muy intensas. Había hecho un período de análisis con un analista hombre, análisis que ella escribió como dominado evidentemente por resistencias. Lo interrumpió luego de casi cuatro años, y poco tiempo después de la muerte de su madre, sabiendo además que su analista estaba muy enfermo, con el argumento que no tenía nada más para analizar. La negación de la enfermedad y la muerte me llamaron poderosamente la atención.

Era la última hija de una serie de siete hermanos. Sus padres se habían pasado la cuarentena cuando ella nació, y fue criada por sus hermanas mayores, especialmente la segunda ya que su madre era vieja. Cuando Mariana era adulta su madre se volvió inválida, postrada en un sillón de ruedas y ella debió cuidarla. Su padre estaba frecuentemente ausente; recuerda algún gesto cariñoso de su parte, pero sobre todo, habla de su enfermedad cardíaca de la cual murió cuando ella era aún adolescente.

En su fantasía la excitación podía matarlo. Mi impresión es que se las arregló para mantener en su mundo interno a sus padres separados, ya que no podía soportar los sentimientos de exclusión.

De niña, iba a la iglesia y se desmayaba. Se describe como fundalmentalmente histérica. La religión le sirvió en este sentido porque le ofrecía una buena racionalización: el placer y el cuerpo estaban prohibidos. Pero a la represión viene a unirse al masoquismo, ya que tenía no solo erotizados los ritos religiosos, sino también el sufrimiento de la carne y el espíritu. Estuvo, en consonancia con lo descrito precedentemente, muy enamorada, años atrás, de un hombre que luego se descompensó, probablemente esquizofrénico. Con él, toda relación carnal era imposible, hasta que encontró a su amigo actual con quien pudo por fin descubrir el orgasmo y a quien está profundamente ligada. Al principio, lo cuidaba ya que él era, según ella dice, depresiva. Desde que el está mejor y se independizó, ella se siente muy mal.

Desde la primera entrevista, me inunda de una angustia catastrófica que no puede dominar. Tengo la impresión en mi

contratrasferencia, que sus sentimientos son como un cáncer, que lo va invadiendo todo, y me transmite esta angustia de desintegración y de muerte, más allá de sus palabras, con las cuales parece asociar libremente, trayendo un material aparentemente de un contenido simbólico.

Se siente sorprendida, una vez el análisis comenzó, de la intensidad de la transferencia, ya que en su análisis anterior no sentía nada. Es posible que en esa época se defendiera con esta formación reactiva de la inundación pulsional, defensa que se manifestó igualmente en la falta de contacto afectivo tanto con respecto a la enfermedad del analista como frente a la muerte de su madre. Me cuenta muchos recuerdos infantiles y asocia sobre su vida pasada y actual, pero tengo la impresión de un «como si» asociativo que pareciera corresponder a una defensa histérica recubriendo una estructura psicótica tambaleante con riesgo de desintegración. Sin embargo, puso mucho ahínco en asociar y traer material, especialmente sueños. Hacia mi mostraba un intenso vínculo, hecho de necesidad y de angustia, pero también de amor homosexual.

Es gracias a esta relación que me traía su material infantil; su madre, decía Mariana, no se interesaba en ella, ya estaba vieja y no debía haberla hecho. Se aferró a su padre, idealizando su fuerza y su valor, pero no eran más que coberturas del intenso miedo que ella tenía a que muriese si tenía relaciones sexuales con su madre, ya que era cardíaco. Su hermana segunda, dieciocho años mayor que ella la crió; era una bella mujer, *sexuada* y materna a la vez. Ella suplantó en parte la función materna, pero Mariana se sentía celosa y envidiosa de su hermana. De su madre dirá que su cuerpo viejo y fláccido le repugnaba, formación reactiva contra sus deseos homosexuales que aporta en sus sueños.

Poco a poco, la paciente iba soportando menos el análisis, ya que a la proyección en la transferencia de la imagen de su hermana sexuada, se agregaban los week-end y la proximidad de las vacaciones de verano. Esto trajo una irrupción violenta de fantasías sexuales regresivas y destructivas de carácter sádico y

masoquista. Se sentía angustiada del abandono de su amigo, razón por la cual vino al análisis y ahora en su fantasía yo hacía pareja con él. La negación de la sexualidad de los padres se volvió entonces imposible. Comenzó a tener sentimientos de odio, que se le hicieron intolerables y que transformó poco a poco en desinterés e indiferencia. Al mismo tiempo sus deseos autodestructivos de enfermarse gravemente o de suicidarse aumentaban, y estaban intensamente erotizados. Un accidente de coche en el cual chocaron por atrás preanunció sus fantasías masoquistas: expresó verbalmente que le gustaría encontrarse lisiada para no poder venir a las sesiones, y así vengarse de mí ya que, según me decía, yo no me ocupaba de ella por lo cual me detestaba de la misma manera que a su madre. Aquí la madre sexuada hacía irrupción, abandonándola por el padre y por los otros hermanos. Había podido negar más fácilmente estos efectos cuando hablaba de sus recuerdos infantiles, ya que estos sentimientos aparecían clivados. Su irrupción violenta la fue llenando de culpa lo cual le recordaba su antiguas culpas y se agregaba a ellas; por ejemplo de darse cuenta que en su fantasía había atacado a la pareja de sus padres, volviéndolos viejos, inválidos y luego muertos.

Un mes antes de las vacaciones, comenzó con síntomas de claudicación que anunciaban una esclerosis en placas. De la misma manera que había abandonado el análisis anterior, negando la enfermedad del analista y la muerte de su madre, esta vez negó todo lo que habíamos vivido juntas y su sufrimiento. Poniendo en el cuerpo los afectos que no podía contener psíquicamente, se puso maniaca y abandonó el análisis.

He presentado varios casos de pacientes que mostraron en algún momento del análisis, trastornos psicosomáticos importantes. Mi intención fue ilustrar, con situaciones muy diversas, aunque todas muy graves, las hipótesis que avancé al comienzo de mi conferencia y que ahora trataré de hacer más explícitas. Pienso que estas tres pacientes presentaban estructuras diferentes de personalidad, aunque en el fondo tenían un núcleo poco

diferenciado y ligado a una relación materna deficiente, núcleo que se despertó en ciertas situaciones de crisis.

José Bleger describió un núcleo ambiguo o «glischcocárico» y lo situó antes de la posición esquizoparanoide de Melanie Klein. Propuso que los pacientes psicosomáticos pertenecían a este tipo de diferenciación de la personalidad. Podríamos llegar a pensar, llevando más lejos estas hipótesis que todo ser humano lleva en el fondo de sí mismo esta potencialidad, que en ciertas situaciones lo llevaría a la enfermedad y aun a la muerte. Sólo intenté mostrarles casos de pacientes en los cuales este aspecto era predominante. Para comprender algo más sobre su funcionamiento debemos cuestionarnos acerca del tipo de relaciones precoces que estos pacientes establecen, lo cual se ve facilitado por la observación de la relación transferencial. Todos manifestaban conscientemente una necesidad de asistencia y afecto que no tenía límites. La intolerancia a la separación se vivía indisolublemente ligada a intensos celos, ya sea con respecto a otros pacientes así como a mi vida privada. Algunos necesitaban pensar que no tenía ninguna, y otros, cuando se enteraban de algún dato de la realidad me hacían intensas crisis de rabia y actuaciones que a veces culminaban con somatizaciones. Casi sin excepción estaban convencidos de haber tenido una madre que no se ocupó suficientemente de ellas, en todo caso en tanto que persona. Las causas podían ser la vejez, enfermedad, depresión o excesivo narcisismo de la madre. Si bien yo tomé estas declaraciones como contenido manifiesto, ya que pudieran formar parte del mito personal de cada uno, creo que en conjunto las necesidades pulsionales excesivas, y tal vez filogenéticas de estos pacientes se vieron en realidad incrementadas, en vez de ser calmadas y contenidas, por este tipo de madres. En la primera paciente que describí, era manifiesto que la voracidad y la envidia con respecto a su madre, se vieron agravadas por los celos, por lo tanto no podía reconocer y menos aún aprovechar sus aspectos positivos. Una guerra interna se estableció entre sus diferentes introyectos lo cual le creaba problemas con sus identificaciones parciales. Así idealizaba el trabajo y el sufrimiento que pertenecían a identificaciones paternas y no el goce y la generosidad, atributos de su madre. Y aquí toco otro tema que es

la necesidad de ciertas pacientes de evitar una relación sexual entre los padres, con la construcción de un mito infantil en el que no hay coito entre ellos, lo cual les permite también mantenerlos clivados en el mundo interno, división que se hace necesaria a causa del intenso sadismo de la escena primitiva. La fantasía sería que se matarían entre ellos.

La segunda paciente que describí actuaba en relaciones homo y heterosexuales estas escenas sádicas, lo cual le permitía derivar los intensos celos y deseos perversos que se le despertaban en la transferencia. El resultado de estas vivencias pasionales, es la imposibilidad de ligar genitalmente, es decir, de una manera protectora, las pulsiones parciales intensamente sádicas que viven interiormente. La necesidad que tienen de asistencia permanente, su necesidad de un encuadre, me parece un intento de buscar un *continente* o sistema de *paraexcitación* para neutralizar la destructividad. El síntoma estaba, frecuentemente, en relación con las fantasías o con el tipo de fijación erógena predominante. Así, por ejemplo, la paciente con el cáncer bucal expresaba una intensa voracidad, frustración y exigencia que se transformaba en odio cada vez que no se sentía satisfecha y no podía por lo tanto idealizar el objeto.

La paciente que presentó la enfermedad intestinal crónica, Gabriela, tuvo además otras somatizaciones, pero sobre todo trataba a sus objetos, y además a sí misma, como excrementos que deben ser expulsados. Por otra parte, no podía ni leer, ni sublimar de otra manera. Ello le traía intensos sentimientos de desvalorización en los cuales se ponían en evidencia las fijaciones melancólicas subyacentes; estos momentos eran intolerables para la paciente. Por esta razón, cuando somatizaba, se sentía aliviada a nivel psíquico, ya que su miedo era destruir o destruirse, tan grande era la violencia con la que sentía sus afectos.

Si los síntomas de estas dos pacientes son importantes, los síntomas de la tercera paciente, Mariana, tienen una gravedad casi letal, ya que sus deseos de destruirse, en una identificación mortífera, se vieron realizados, cuando su odio llegaba a intensidades insoportables. Es la importancia de su destructividad lo

que la llevó a una reacción terapéutica negativa, con lo cual interrumpió la cura. Aquí las series complementarias de Freud cobran un papel importante; lo congénito y lo precoz reunidos van a constituir un factor patógeno importante, de tal manera que un traumatismo relativo para otro sujeto puede en estos pacientes, desencadenar la enfermedad. Frente a estas situaciones traumáticas, y en función del sadismo que se despierta en la transferencia estos pacientes tienden a regresar a posiciones narcisistas. A partir de este momento entra en juego un intenso antagonismo entre la necesidad de aferrarse a un objeto, analista en la transferencia, y la omnipotencia, defensa contra esta necesidad.

Algunos pacientes pueden, a pesar de su tendencia a la regresión, establecer una relación estructurante con un analista determinado que les permite reeditar con todos sus efectos, su historia infantil en la transferencia. Esta reedición permitirá nuevas identificaciones, más positivas. Esta es la única posibilidad de impedir la tendencia del paciente, atraído por su culpa y su masoquismo, a regresar al narcisismo primario, ligado al masoquismo erógeno.

Y aquí se abriría otro capítulo, pero no haré más que recordar que Freud, en «el problema económico del masoquismo», hablando del masoquismo erógeno, encuentra su origen en la erotización que el bebé hace del dolor.

Coloquio

P. *Luis Martín*, Madrid. «Quería agradecer la conferencia de Alicia que me pareció muy sugerente. Tuve ayer la fortuna de comentar con ella en un momento algunos de estos conceptos y quería retomar alguno de ellos. Quería subrayar simplemente un aspecto positivo de lo que puede ser el tipo de relación trasferencial que se establece con estos pacientes, porque creo que se le suele ver el aspecto negativo, regresivo, patológico, pero yo quería romper una lanza a favor de lo que puede ser una relación fusional con esta clase de pacientes. Creo que la *fusionalidad* no debe identificarse siempre como una relación simbiótica; creo que hay algún tipo de pacientes que pide al analista la posibilidad de introducirse dentro de él no solamente para destrozarle, etc., sino también para estar a su lado.

Y dentro de este «estar a su lado» poder recomponer un mundo interno que probablemente el paciente vive como muy desordenado, como muy desorganizado y, a veces, como muy destruido. Y en ese sentido, en este tipo de relación fusional, donde a veces pueden ser muy importantes también las angustias agorafóbicas y claustrofóbicas, en alguno de estos pacientes creo que tiene un papel importante el *masoquismo* y, concretamente, el masoquismo erógeno.

Y, comentando ayer con ella, me refería a uno de los aspectos que me parecen importantes, y es que creo que el masoquismo erógeno puede ser una defensa muy eficaz contra el dolor psíquico y que, a veces, determinados rituales masturbatorios, masoquistas, de hacerse daño, de pegarse, masturbándose de esa manera, pueden corresponder a la necesidad que el paciente tiene de poderse pegar, pero de poderse pegar a alguien, de poderse pegar probablemente a una imagen paterna (siempre se habla solamente de la madre como el universo donde está lo bueno, donde está la leche...). También el padre a veces puede significar un elemento fundamental para dar posibilidad de organización a un mundo interno que el paciente puede vivir como un desastre y muy desorganizado. Sería sim-

plemente que tu aclararas como ves tu, como entiendes *el aspecto positivo que puede haber a veces en el masoquismo».*

R. Te agradezco mucho que hayas introducido el tema del cual no pude hablar porque estaba muy preocupada por el tiempo. Mi conferencia terminaba citando a Freud y hablando del masoquismo erógeno; no lo detallaba ni hablaba de ello en extenso (yo tengo la mala costumbre de dejar preguntas y capítulos abiertos).

Freud, en «el problema económico de masoquismo» habla como si estuviera hablando no solo de sus pacientes sino de él mismo, del dolor que el niño pequeño debe haber sentido y que lo fija a situaciones de dolor con algo placentero —esa es mi traducción y mi interpretación personal—, que él buscaría una y otra vez en diferentes situaciones de su vida como si fuera algo que quedó fijado y que el niño recuerda como importante.

Esto que Freud dice y que yo reinterpreto, me quedó, en una relectura de este artículo, como algo muy importante. Porque yo creo que el masoquismo no es solo algo destructivo, —y en esto hay límites, hay intensidades—, yo no creo que estos pacientes busquen estar al lado del analista solamente para destruir y destruirse.

Creo que, en ciertas dosis y si se los puede contener, el masoquismo erógeno, que yo ligo al narcisismo, —y ahí estaría una pregunta, si es secundario o primario— les permite relibidinizar algo que, si no, es como si se volviera a la nada, a lo inanimado, a la destrucción y a la muerte.

Y no es por casualidad que mi paciente busca ese tipo de relación apasionada, con ruido, de entrar adentro mío y de habitarme, porque, cuando no lo puede hacer, ella siente como que está con una cosa tanática, tan fuerte, que no sabe si matarme o matarse, con fantasías suicidas muy importantes. Y lo que la salva de eso es la erotización, la posibilidad de imaginar las cosas que yo hago y ella hace, que después hay que contener, reelaborar y

pensar, —porque esto se vuelve delirante a ratos—, pero que a mi me parece fundamental.

Pero esto implica no solo el lenguaje verbal del paciente. Porque los pacientes nos hacen cosas, esas cosas que nos hacen hay que poder entenderlas y uno no siempre las entiende, y a veces hay malentendidos fenomenales que hay que tener la capacidad de escuchar y poder corregir para entender que es lo que el paciente proyectó, y que es lo que uno no entendió, en repetición de las situaciones precoces aberrantes. Cuando se puede hacer esto, ¡fantástico!. Yo creo que esta ligazón es importante, pero en la medida en que uno sea continente.

P. *Rodolfo Rodríguez*, Ginebra. «Querría continuar con la pregunta que te hizo Luis, pero refiriéndome más precisamente al *masoquismo* y también a lo que dijiste sobre el *narcisismo primario*.

Con respecto al masoquismo, a mi me parecía que en tus pacientes hubo, como dijiste fallos del continente, fallos de los padres y también un fallo en el masoquismo erógeno; por eso hablas tu de *masoquismo perverso*.

En el segundo caso, en la paciente Gabriela me parece que, al imponerle el encuadre, estás favoreciendo ese masoquismo erógeno. Y es más: me parece que cuando el análisis avanza estás intentando, no se si tú estarás de acuerdo, pasar de ese masoquismo erógeno guardián de la vida, al *masoquismo* femenino. Si, hay algo ahí de integrar el masoquismo femenino...

Con respecto al masoquismo primario, me has dejado un poco confuso. Porque, en la primera paciente, cuando dices que hay una introyección, que hay una localización del objeto en el órgano y que ataca al objeto en ese órgano, hablas de narcisismo primario para ese tipo de relación.

Recordaba a Marcela Espira, que nos conocemos bien, y me parece que, en un primer tiempo, ella hablaba de *relación de objeto parcial*; en ese caso, si hay un objeto, aunque sea el objeto localizado en un órgano se trata de una relación de objeto y no de una relación de narcisismo, al menos no de narcisismo primario, lo más sería narcisismo secundario».

R. Has introducido un tema clave yo creo que litigioso. Hanna Segal me lo dijo muy claramente ayer: que no se trataba de narcisismo primario.

Yo, lo creo, lo que quiero decir que estos pacientes si no hicieran la fijación en el órgano, por las fallas que se producen en la transferencia, las incompresiones, la defusión que se produce con el analista, entrarían en algo mortífero.

Yo creo que ya cuando hay síntoma, ya no puede ser narcisismo primario. Yo hablo de narcisismo primario como algo ideal, como la defusión pulsional que se alcanzaría, si no pudieran hacer ese síntoma.

P. *Eulalia Torras*, Barcelona. «Las dos pacientes, Alicia, me han interesado muchísimo, desde al ángulo de este nivel de relaciones en que lo somático tiene el primer plano, juega tantísimo papel en vivirse y en expresar elementos de la relación.

Las dos pacientes me hacían pensar en algo como una colusión evolutiva, una colusión dentro de las primeras relaciones. La llamó colusión por llamarla de alguna forma, una situación complicada en la que no se encuentra una suficiente salida evolutiva, excepto en esa disociación ya explicada entre una parte que se adapta mejor a la realidad y a la evolución, y otra donde se encuentran los elementos, digámosles, psicóticos, los que no evolucionan.

La segunda paciente, de la cual Alicia dice que vive, que tiene necesidad de vivir en la cuerda floja y hacérselo sentir, a mi me hacía pensar en una situación en la cual la madre (o los padres) no encontró (o encontraron) suficiente respuesta a una situación también difícil, unos y otra no consiguieron encontrar un espacio para evolucionar y entonces, si el objeto está completamente acaparado no sirve, pero, si no está completamente acaparado se rompe con él y ahí está el problema del analista de si podrá dejarse acaparar lo suficiente sin ser del todo y si podrá separarse también lo suficiente, sin llegar a ninguna ruptura.

Esta situación me parece muy importante, sobre todo cuando, como aquí, partes de la dificultad, de la conflictiva, son vividas en el cuerpo, con la cual está en juego también la salud física, a veces la supervivencia. Son situaciones muy graves, en las que el analista está enormemente presionado porque hay un problema de vida y muerte. Es decir, que el riesgo no viene solamente por la vía del suicidio sino de la enfermedad física.

La primera paciente, esta generosidad de la madre, y quizás también la situación esquizoide del padre (claro, todo es tan complejo en las relaciones... Sabemos algunas cosas, que se han vivido, que han quedado en la mente y en la vivencia del paciente, nos han explicado anécdotas, muchísimas, pero de todas formas sabemos que hay cantidad de imponderables)... Bien, entonces frente a esa generosidad de la madre, uno piensa qué otros elementos había allí que la paciente no podía incorporarla y por lo tanto tampoco podría dejar a la madre tener suficiente placer ni tampoco obtenerlo ella misma.

No me quiero extender más, pero me hacía pensar este espacio para la evolución difícil de encontrar en ambas relaciones en el análisis también».

R. En esta primera paciente, recién en este momento, aparecieron datos en los cuales ella puede integrar las partes clivadas, que proyectaba masivamente y entender qué rabia le da conmigo ciertos momentos en los que ella me envidia o piensa que yo no la

entiendo. Hay momento de incomprensión, como de ruido en la comunicación, que después tienen que ser aclarados «aprés coup», y que me hacen pensar que la madre que ella tenía, que era tan generosa y que ahora aparece con rasgos maníacos, era una madre que no era continente, y que cuando ella sentía esos ataques de rabia y esa envidia, la madre no hacía nada para acercarse y calmarla, y mostrarle que ella era un ser humano que se equivocaba.

Es lo que aparece cuando ella me idealiza y entiende que yo la ataco por sus proyecciones.

Recién en este momento está sintiendo una especie de desidealización de quien soy yo, movimientos ambivalentes, que los vive como algo positivo y negativo a la vez, pero está como maravillada de que eso exista.

Te digo esto para ver si aclara algo del pasado, yo creo que sí... Porque esta madre era muy generosa, pero yo creo, por lo que veo con mis pacientes, que la gente no es solo envidiosa constitucionalmente, que uno, como analista, comete errores en las interpretaciones, y creo que los padres también.

P. José María Roteta, Bilbao. «Querría preguntarle si podría ayudarme a compaginar su forma de presentación de los problemas psicosomáticos en sus pacientes con la teoría de Pierre Marty sobre la depresión esencial y la falla en el preconsciente, ¿habría una forma de compaginarlo?».

R. Le respondería brevemente que entre las teorías de Marty y lo que yo he aprendido de la escuela kleiniana, hay tal distancia y tal dicotomía, y tal no—respuesta a mis preguntas, que yo me he puesto a pensar que existen estados intermediarios en los que se puede establecer un lazo entre la falta total de simbolización y la tentativa de crear algún vínculo que sí permita esa simbolización.

LAS «DISARMONIAS EVOLUTIVAS»: CONCEPTO Y CLASIFICACION EN LA C.F.T.M.N.A DE ROGER MISES Y COLABORADORES

Por J. Pertejo

Resumen

El presente trabajo intenta facilitar el empleo adecuado del término «disarmonías evolutivas», tal como se contempla en las categorías y subcategorías *1.03, 2.07, 3.00, 5.x5 y 5.x6* de la clasificación francesa de los trastornos mentales en el niño y en el adolescente (C.F.T.M.N.A.) elaborada por Roger MISES (1988) para las personas de habla francófona y que establece equivalencias con el proyecto ICD-10 de la O.M.S.

Simultáneamente informa sobre el estado actual de su aplicación y anuncia la inmediata aparición de su traducción al castellano, hecha por Alejandro ROJAS, en la Revista Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

1.1. Objetivo

La C.F.T.M.N.A fue motivo de una recensión, por nuestra parte en el nº 6 de esta Revista, presentándola y advirtiendo que para la correcta aplicación de la misma, es necesario conocer los supuestos básicos y teorización de algunas entidades clínicas que en ella aparecen, en el sentido que son utilizadas y que no están suficientemente explicitadas en el Glosario de la Clasifica-

ción donde se proponen la definiciones de cada una de las categorías y subcategorías, así como los criterios de inclusión o exclusión. Con este trabajo pretendemos cumplir aquel compromiso que ya anunciábamos, si bien la limitación del espacio, nos hace seguir recomendando consultar la Bibliografía que se inserta.

Definición, concepto y base teórica

Para R. MISES[1] las «disarmonías evolutivas» entrañan un síndrome o estado evolutivo complejo y no son reacciones simples. Se deben a la presencia simultánea de diversos niveles de desarrollo, ya sea en las diversas funciones de una misma área, o de las áreas entre sí y esto tanto en el plano estructural como en el dinámico. En todo caso la evolución no se manifiesta como en el desarrollo normal.

Constituyen, en general, graves trastornos de la personalidad. Su sintomatología está caracterizada por presentarse en «mosaico» con intrincación de diversas patologías simultáneas, que a veces es muy difícil dilucidar. Las diversas «disarmonías evolutivas» conllevan establecer grandes diferencias entre unos individuos y otros e incluso cambios en la patología en el mismo individuo a lo largo de su propia evolución. El conocimiento matizado y correcto —tanto cualitativo como cuantitativo de su forma de expresarse para asignarles la correspondiente categoría en la clasificación, así como para hacer su abordaje terapéutico.

Para explicar las disarmonías evolutivas, consideran que en todo trastorno hay que contar con un modelo multifactorial de largo alcance en el que intervienen factores orgánicos, relacionales y sociales, la evolución de las diversas funciones, así como el movimiento global de la organización de la personalidad. Advierten que, en cualquier función por aislada que aparezca intervie-

1. Roger MISES es profesor de Psiquiatría Infantil de la Universidad de París y Director de la Fondation Vallée (7, rue Benserade, 94250 Gentilly).

nen también lo congénito y la red socio-familiar. Son cuadros donde intervienen diversos parámetros y en los que el daño de las funciones simbólicas no sólo los colorean, sino que ocupan un lugar importante en ellos.

Ya en la publicación «Cinq études de Psychopathologie de l'enfant» (MISES, R. 1981) las disarmonías evolutivas constituyeron un capítulo. En 1984 las diferencia y sitúa como un elementos común a diversas variedades clínicas. En la C.I.M.T.T.A. aparecen en las categorías de la Psicosis, Neurosis, Trastornos de la personalidad (no incluidos en psicosis y neurosis) y la Deficiencia mental.

En 1975, cuando MISES hace un amplio estudio de la Deficiencia mental, cita a PIAGET e INHELDER (1959) a propósito de que estos autores sostienen que hay un tipo de «armónicos deficientes» en los que los mecanismos estructurales que dominan en la deficiencia mental muestran un retraso homogéneo en las diferentes funciones. Son descritos así: «Los deficientes armónicos se comportan de forma dócil, como trabajadores aplicados y metódicos, pasivos, adaptados bien al medio y conformándose con las reglas establecidas. Tienen necesidad de asistencia y pueden aprender tareas sencillas que ejecutan con agrado y constancia». Esto sirve a MISES para señalar el simplismo de la dicotomía clásica y crítica que para los autores clásicos los cuadros atípicos disarmónicos no implican más que descripción, sin poner jamás en tela de juicio las organizaciones mórbidas subyacentes. A lo sumo, en tales casos, añadirán el calificativo de los cuadros deficitarios con elementos sobrecargados. La pseudodebilidad y términos afines eran asimismo exponente del uso de modelos mecanicistas, ignorando que también el deficiente mental —incluso el armónico— está inmerso en una compleja historia.

Las disarmonías evolutivas más frecuentes son las psicóticas. También las que en su seno conllevan trastornos instrumentales. El decir «disarmonía evolutiva de tipo psicótico», sólo presupone subrayar esta característica, pero sin descuidar que

está situada en una estructura-mosaico en el que tienen igual importancia a considerar otros factores.

Rara vez una disarmonía aboca hacia una psicosis blanca o una patología límite. Tiene mayor tendencia a evolucionar hacia la «debilización» y a la psicopatía. En la patología límite hay una disarmonía evolutiva, pero debido a la falla narcisística —según MISES (1989)— no hay acceso en ellas a los procesos depresivos y por lo tanto, no hay posibilidad de reparación al no existir una depresión esencial en ellos, traduciéndose la patología preferentemente en el área del comportamiento. Lo que cuenta para este autor en la patología límite es la existencia de diversos niveles de formas muy heterogéneas, muy susceptibles de evolución y muy sensibles al entorno.

Por lo que se refiere al concepto de «organicidad» también hay que hacer algunas precisiones. MISES Y BARANDE (1963) rechazan que conlleve siempre un retraso y que se tenga una visión simplista sobre ella en cuanto a sus efectos anatomoclínicos. Creen que en la «organicidad» hay que contar además con aspectos evolutivos y el impacto que tienen los factores externos. Incluso, son de la opinión, que aún cuando en algunos casos no exista en la anamnesis y exámenes complementarios indicios de que haya un substrato orgánico en la patología que presentan, no por ello hay que excluir que exista una afección orgánica de base. Por otra parte, llegan a postular, a veces, causas afectivas graves que en sí mismas pueden conducir a desorganización que se inscribe en el sistema nervioso central y producen deficiencias de tipo orgánico. También hay que contar con retrasos consecutivos a una represión masiva que en ocasiones hace difícil que se pueda afirmar si el desarrollo previo a la represión fue normal o no. Reconoce que hay factores afectivos (situaciones de ausencia, represión, establecimiento de defensas...) que inciden en la evolución y condicionan la aparición de ciertas funciones alteradas como son el control de esfínteres y la alimentación, llegando a hacer —incluso— retrasos del defecto de inteligencia, por lo que MISES cita la frase nefasta y lapidaria de DOLL «débil un día, débil siempre» que para algunos imperó durante mucho tiempo.

Otra matización de las concepciones de MISES que debe tenerse en cuenta, es que admite que con frecuencia en los primeros años de la vida, la patología que ofrecen los estados deficitarios es más o menos disarmónica, atípica y discordante. También, que ciertas funciones, como ocurre en el lenguaje, en el comienzo, a veces son insólitas ya sea por la precocidad o el retraso en su aparición. Frente a la deficiencia mental, incluso la grave y profunda, hay que dar una base teórica en el convencimiento de que hay que intentar una modificación de estructuras y no sólo meras actuaciones en la sintomatología. Aboga por actuar con estos enfermos —niños y adolescentes con trastornos mentales— a incluirles en su medio natural. Del detenido estudio de casos que hizo a su llegada en 1959 a la Fondation Vallée — que desde finales del siglo pasado funcionaba como centro de ineducables— él y su equipo interdisciplinar llegaron al convencimiento de que «con una mejor observación de los niños, sus familias y el entorno y con medios suficientes y no alienantes, muchos casos no hubieran presentado una sintomatología tan grave». La modernización del servicio, el trabajo constante en equipo, la ampliación de su personal médico y paramédico, creando guarderías y acogiendo a deficientes menos graves y extendiendo la actuación del Centro extramuralmente, cambiaron la fisionomía inicial, al actual Centro modelo tanto en investigación como asistencia, no sólo en Francia sino en Europa.

La C.F.T.M.N.A. Estado actual

Es una clasificación estadística biaxial en la que se incluye un Glosario explicativo de las categorías que utiliza. El Eje I está destinado a las categorías clínicas de base, el Eje II a los factores anteriores o asociados eventualmente etiológicos. Este último se subdivide en dos Ejes, el 1 para los factores orgánicos y el 2 para los factores y condiciones del medio, ambos factores no se excluyen uno al otro sino que son interactuantes. El Glosario proporciona las definiciones de cada categoría y subcategoría así como los criterios de exclusión e inclusión, como ya hemos señalado anteriormente. La clasificación delimita síndromes, organi-

zaciones, perturbaciones que se distinguen por su naturaleza y virtualidades evolutivas. No impone un modelo predominante. Su aplicación requiere un conocimiento de la clínica psiquiátrica de la infancia y de la adolescencia.

Tras el estudio de 44.054 casos realizados en 1988, en la totalidad de los servicios públicos, en Francia se estableció una inicial clasificación que fue publicada en la Revista «La Psychiatrie de l'Enfant» (Vol. XXXI, 1-1988 pp. 67-134). Posteriormente en junio de 1989 en el «Congrés Internacional de la Société française de Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent», celebrado en París una comisión de expertos se reunió par evaluar la ICTRMNA haciendo pequeñas modificaciones al texto inicial. El Dr. Fernando ANGULO, del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, participó en ella, presentando un texto a su propósito sobre un estudio comparativo entre las categorías de la depresión tal como se presentan en el DSM-III y la C.F.T.M.N.A. Otro trabajo realizado por este autor, sobre la Clasificación francesa, estudia la aplicación en las diversas etapas de edades.

En la actualidad la aplicación de esta clasificación se ha extendido a Bélgica, Suiza, Italia, Holanda; en España también está siendo utilizada y lo será en países iberoamericanos a raíz de la publicación que de ella hará en Colombia Alejandro ROJAS[1] en la Revista Colombiana de Psiquiatría, traducida la C.F.T.M.N.A. al castellano, traducción hecha conjuntamente con Roger MISES.

Las disarmonías evolutivas en las categorías y subcategorías de la C.F.T.M.N.A.

El eje I de esta Clasificación comprende las siguientes entidades clínicas:

1. Alejandro ROJAS es Interno Titular en Psiquiatría de los Hospitales de la región de París. Trabaja en el Centro Interdepartamental de Psiquiatría Infantil de la Fondation Valiée.

Categorías

1. Psicosis

2. Trastornos neuróticos.

3. Patología de la personalidad (no incluida en neurosis y psicosis).

4. Trastornos reaccionales.

5. Deficientes mentales.

6. Trastornos de las funciones instrumentales.

7. Trastornos ligados al uso de drogas y alcohol.

8. Trastornos de expresión somática y/o comportamental.

9. Variaciones de lo normal.

Subcategorías

1.03 **Disarmonías psicóticas**

Se clasifican aquí las formas que presentan las siguientes características:

1. Su expresión se hace manifiesta a partir de la edad de 3 a 4 años.

2. La sintomatología varía de un caso a otro, e inclusive en el mismo niño y se modifica en el curso de la evolución. Entre los motivos de consulta se encuentran las manifestaciones somáticas y comportamentales, la inestabilidad, las inhibiciones severas, las disarmonías en la aparición del lenguaje y de la psicomotricidad sin que el déficit intelectual evaluado por los test ocupe un lugar central, al menos durante el período inicial. Con frecuencia, los intentos de escolarización fracasan (fobias esco-

lares, dificultades del aprendizaje). También comprende las manifestaciones fóbicas, histéricas u obsesivas.

3. Subyacente a esta sintomatología variable, los rasgos y mecanismos de la serie psicótica constituyen un elemento común:

— Amenaza de ruptura con la realidad, ausencia o mala organización del sentimiento de sí mismo y de las relaciones con la realidad.

— Tendencia al desbordamiento del pensamiento por afectos y representaciones de una extrema crudeza.

— Expresión directa de los instintos en conductas actuadas, en fantasías y en ciertos fenómenos de somatización.

— Las angustias son de diversos tipos: angustias de aniquilación, angustias depresivas y de separación, en ocasiones ataques de pánico.

— Dominancia de una relación dual con incapacidad de acceso a los conflictos y a las modalidades de identificación más evolucionados.

— Predominio de posiciones y de intereses muy primitivos.

4. A pesar de estos rasgos y mecanismos característicos de las psicosis, las capacidades de adaptación y del control aseguran con frecuencia una protección contra los riesgos de una desorganización. De esta manera, las modalidades de expresión patológica pueden limitarse a ciertos sectores o manifestarse sólo durante ciertas fases evolutivas. Esta adaptación se apoya sin embargo sobre la utilización de modalidades defensivas constrictivas que implican restricciones importantes en los intereses con el prójimo.

INCLUYE, cuando son conforme a los criterios anteriores.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

— *Las prepsicosis.*

— *Las parapsicosis.*

— *Las disarmonías evolutivas de estructura psicótica.*

— *Las psicosis pseudoneuróticas.*

— *Las psicosis pseudocaracteriales.*

— *Los trastornos esquizoides.*

— *El síndrome llamado del niño atípico.*

— *Las psicosis de tipo simbiótico.*

EXCLUYE,

— Las otras sub-categorías de las psicosis del niño.

— Las patologías de la personalidad (Categoría 5).

— Los trastornos neuróticos.

Las diversas organizaciones citadas entre las inclusiones plantean problemas diagnósticos difíciles. Es así como no todas las psicosis simbióticas citadas por M. MAHLER a partir de criterios psicoanalíticos, se incluyen en este cuadro. Algunas de entre ellas pueden ser clasificadas entre las psicosis de tipo autístico (1.01), o de tipo esquizofrénico (1.04), en función de los aspectos clínicos predominantes.

Asimismo, los niños denominados por ciertos autores, atípicos, esquizoides, se incluyen muy rara vez en el cuadro de las psicosis y encuentran más bien su lugar en las patologías de la personalidad (categoría 3), los trastornos neuróticos (categoría 2) e inclusive, en ocasiones, entre las variaciones de la normalidad (categoría 9).

Las prepsicosis y las parapsicosis plantean el problema de los límites de estas patologías de la personalidad (categoría 3).

2.07 Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales

Se clasifican aquí, cuando corresponden a los criterios anteriormente citados, los casos en los cuales predominan las perturbaciones de las funciones instrumentales: torpezas psicomotrices, trastornos del lenguaje, dificultades del aprendizaje, trastornos del pensamiento, y del razonamiento en niños inteligentes.

Los conflictos se hallan a la vez desplazados sobre los síntomas y ocultados por ellos, mas pueden ser siempre aprehendidos en el discurso del niño o del adolescente durante las entrevistas, en las circunstancias de aparición de los trastornos, en las variaciones de las relaciones con el medio, relaciones que pueden modificar la evolución de estos conflictos, en la tendencia a repetir dichos conflictos en las relaciones nuevas, particularmente en las relaciones terapéuticas.

INCLUYE

— *disarmonías neuróticas.*

EXCLUYE

— los otros trastornos neuróticos, salvo otro trastorno asociado.

— las disarmonías psicóticas (1.03).

— los trastornos asociados de las funciones instrumentales (categoría 6).

— las patologías de la personalidad (categoría 3).

3.00 **Trastornos de la personalidad y/o del comportamiento inscritos en una disarmonía evolutiva**

Se clasifican aquí los trastornos cuya sintomatología varía en función de las manifestaciones predominantes (trastornos de la personalidad, trastorno de las conductas, trastorno en el desarrollo de las principales funciones) pero que tienen en común los siguientes elementos:

— Los rasgos y mecanismos característicos se inscriben en un trastorno evolutivo multifactorial, de instauración precoz y que acarrean un desarrollo disarmónico.

— Los trastornos de la personalidad inscritos en tal proceso, se expresan principalmente en la inseguridad de base, la inmadurez, la existencia de angustias depresivas y de separación ligadas a las dificultades de individuación. El componente depresivo es predominante, tanto cuando se presenta abiertamente como cuando aparece encubierto por trastornos de las conductas que se sitúan en el primer plano.

— Los trastornos intrincados del lenguaje, de la psicomotricidad y de las funciones cognitivas, relacionados con la disarmonía evolutiva, se presentan principalmente como desniveles funcionales. Dichos trastornos, relacionados con fallos de las catexias, con insuficiencias del aprendizaje y con modos inadaptados de relación con el medio, pueden conducir progresivamente a una restricción duradera de las potencialidades.

— La gravedad del proceso y la limitación del acceso a las posiciones más evolucionadas determinan la frontera con respecto a los trastornos neuróticos, aunque ciertos aspectos clínicos son comunes a los dos grupos de trastornos. Sin embargo, las dificultades de adaptación, aunque disarmónicas, no determinan una pérdida de los puntos de referencia esenciales, ni una ruptura con la realidad; tales características establecen los límites entre las patologías de la personalidad y las psicosis.

INCLUYE. Manifestaciones y grupos sindrómicos que pueden presentarse bajo formas banales o engañosas y que se integran en realidad en un proceso evolutivo que responde a los criterios anteriormente enunciados. Se incluyen en este marco:

— las manifestaciones de *ansiedad,* en ocasiones *ataques de pánico, los trastornos fóbicos, obsesivos, hipocondriacos, los trastornos depresivos,* etc...

— los trastornos de tipo *esquizoide, narcisístico, pseudoneurótico...*

— Los *retardos del desarrollo* que conciernen la *psicomotricidad, el lenguaje, la ideación, la adaptación escolar y social.*

— *ciertos estados límite* (borderline).

EXCLUYE

— las otras formas de patología de la personalidad.

— los trastornos neuróticos (categoría 2).

— las psicosis (categoría 1).

— los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6) cuando se hallan bien individualizados y no relacionados con una perturbación evolutiva de fondo que responda a los criterios de la disarmonía evolutiva.

5.x5 **Deficiencias armónicas**

Se clasifican aquí las formas en las cuales los trastornos de la inteligencia parecen fijos y constituyen el elemento central del cuadro clínico: las diversas manifestaciones pueden relacionarse con las perturbaciones que afectan globalmente el desarrollo y la organización de las funciones cognitivas, sea cual fuere la etiología.

INCLUYE (solamente si responde a los criterios anteriormente enunciados).

— *la debilidad mental simple.*

— *la debilidad homogénea.*

— *la debilidad armónica.*

EXCLUYE

— las otras formas de la deficiencia mental (5.x6, 5.x7, 5.x8).

— los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6).

— los retardos o regresiones transitorias (categoría 9).

5.x6 **Deficiencias disarmónicas**

Se clasifican aquí los trastornos de la inteligencia que se inscriben en un proceso evolutivo en el cual el déficit fijo se asocia a retardos curables. Los rasgos deficitarios se hallan intrincados con trastornos de la personalidad y/o con trastornos instrumentales diversos (trastornos del lenguaje, trastornos gnoso-práxicos) que sobrepasan las manifestaciones explicables solamente por el déficit intelectual de base.

INCLUYE (solamente si responde a los criterios anteriormente enunciados):

— *la debilidad disarmónica.*

— *la debilidad con trastornos asociados.*

— *la pseudodebilidad,* cuando existe una vertiente deficitaria ya fijada, sea cual fuere la etiología evocada.

EXCLUYE

— las otras formas de la deficiencia mental, en particular la deficiencia con polihandicap sensorial y motor (5.x7), en las cuales los trastornos relacionados con el déficit corresponden a daños neurológicos probados y severos; en los déficits disarmónicos, los trastornos intrincados con la psicomotricidad y el lenguaje no tienen la misma gravedad ni corresponden a una etiología unívoca.

— los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6).

Para complementar la visión en donde se sitúan estas categorías, terminamos esta exposición exponiendo el listado que comprender los factores del Eje II de esta Clasificación.

1. *Factores orgánicos.*

10. No hay factores orgánicos reconocidos.

11. Factores prenatales de origen innato.

12. Factores perinatales.

13. Afecciones cerebrales post-natales.

14. Enfermedades de origen congénito y genéticas.

15. Enfermedades y afecciones somáticas invalidantes.

16. Convulsiones y epilepsia.

17. Otras.

18. Se carece de información.

2. *Factores y condiciones del ambiente.*

20. No hay factores ambientales a tener en cuenta.

21. Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas en la familia.

22. Carencias afectivas, educativas, sociales y culturales.

23. Malos tratos o negligencias graves.

24. Acontecimientos que conllevan la ruptura de vínculos afectivos.

25. Contexto socio-familiar particular.

26. Niños nacidos por procreación artificial.

28. Otros.

29. No se puede responder por falta de información.

El EJE II puede llevar hasta 3 dígitos, en las clasificaciones múltiples que lo precisan mejor. También tiene su Glosario correspondiente.

Esperamos con esta información, ayudar a la comprensión del concepto de «disarmonía evolutiva» e interesar a los profesionales por la aplicación de esta clasificación tan útil a efectos estadísticos, de programaciones, evaluaciones (profesional, institucional, de ayudas, de programas, en estudios longitudinales...) en nuestro trabajo práctico.

Bibliografía

Angulo, F.: «Reflexiones sobre las particularidades de la clasificación francesa de los trastornos mentales en el niño y el adolescente, de MISES y colaboradores, en relación con las edades» (Próximo a publicar).

Angulo, F.: «Estudio comparativo en la depresión en dos sistemas clasificatorios: DSM III y C.F.T.M.N.A.». Boulletin de la Societé de Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescente. (Próximo a aparecer).

Mises, R. et Barande, I.: «Les états deficitaires dysharmoniques graves. Etude clinique des formes précoces intrinquant rélation psychotique et symptomatologie de type déficitaire». Psychiatrie de l'enfant, 1963. VI. 1. pp. i-78.

Mises, R.; Moniot, M.. «Les psychoses de l'enfant». Ecyclopedie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 1970.

Mises, R.: «Cinq études de psychopathologie de l'enfant». Toulouse. Privat, 1981. coll. «Domaines de la psychiatrie» 1 Vol. 198 p.

Mises, R.: «Place et fonction de la dépresion dans les organisations psychopathologiques de l'enfance». Psychologie Médicale, 1987, 19, 12, pp. 2219-2221.

Mises, R.: «Quelques apports de la psychanalyse à la clinique psychiatrique». Psychologie Médicale. 1987, 20, 2, pp. 187-194.

Mises, R.; Fortineau, J.; Jeammet, P.; Lamg, J. L.; Mazet, P.; Plantade, A.; Quemada, N.: «Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent». Psychiatrie de l'Enfant, 1988, 1, pp. 63-144.

Mises, R.; Jeammet, P.: «L'evolution vers les psychoses de l'adulte: la valeur prédictive des troubles de l'enfance» (sous press).

Mises, R.: «Les psychopathologies-limites de l'enfance». L'Information Psychiatrique, 65.1.1989, pp. 9-22.

Mises, R. et Feder, F.: «Un cas de pathologie-limite de l'enfance. 'Too much'». L'Information Psychiatrique V. 65, 1989, pp. 21-32.

Pertejo, J.: «Recensión, sobre la Clasificación francesa de los trastornos mentales en el niño y adolescente, de Roger Mises y Colaboradores». Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. Vol. 6.1988.

Rojas, A.: «Clasificación francesa de los trastornos mentales en el niño y en el adolescente» (en colaboración con Roger Mises). Próxima a aparecer en la Revista Colombiana de Psiquiatría.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

BOLETIN DE SUSCRIPCION

D. .....

CON DOMICILIO EN C/. .....Nº.....

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

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

DURANTE EL AÑO 1989 (Nº 7 y 8).

ADJUNTA TALON NOMINATIVO, A NOMBRE DE «**SEPYPNA**», POR EL IMPORTE DE 3.000,— PTAS.
NUMEROS ATRASADOS 1.500,— PTAS.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1989;7