

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

## Editoriales

I Congreso Nacional de SEYPNA, Lérida, Noviembre 1984.

A. LASA

«Introducción a las Actividades Científicas del Congreso».

J. COROMINAS

«Nuevas adquisiciones en Psicoterapia Infantil»

L. KREISLER

«Las bases psicodinámicas de las terapias psicósomáticas en el niño»

R. MISES

«Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño»

B. CRAMER

«La psicoterapia breve y el niño neurótico, presentación de un caso»

F. PALACIO

«La psicoterapia del niño pequeño: Indicaciones y problemas»

L. ESCARIO

«Psicoterapia en el periodo de la tencia»

A. CAMPO

«Psicoterapia en la adolescencia»

N.º 0 1985

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

## **Junta directiva de SEYPNA**

### **Presidente:**

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

### **Vicepresidente:**

Ricardo Sanz (Valencia)

### **Secretario:**

Cristóbal Serra (Mallorca)

### **Vicesecretario:**

Luis Martín (Madrid)

### **Tesorero:**

José A. Vicente (Madrid)

### **Publicaciones:**

Marian Fdez. Galindo (Madrid)

### **Vocales:**

Juan Manzano (Ginebra)

Bibi Rdguez. Braun (Madrid)

Alberto Lasa (Bilbao)

Jaume Baró Aylon (Lérida)

### **Directora de la publicación:**

Marian Fdez. Galindo

### **Comité de Redacción:**

L.F. Cabaleiro

L. Martín Cabré

B. Rdguez. Braun

M.L. Alfaya

### **Suscripciones:**

Marian Fdez. Galindo

Numancia, 24

28039 Madrid

## LA PSICOTERAPIA EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS: SUS INDICACIONES Y PROBLEMAS

Por F. PALACIO ESPASA

La psicoterapia del niño pequeño —entenderemos por niño pequeño el que está antes de la edad de latencia— es la que más se presta a controversia por diversas razones, de las cuales la más importante es precisamente la que tiene relación con la edad. Dentro de este grupo de niños, se pueden distinguir 2 categorías de edad, cada una de las cuales tiene diversas dificultades en el momento de la psicoterapia:

- 1) Niños de menos de 2 años y 1/2 a 3 años y
- 2) niños de 2 1/2 - 3 años hasta 6 ó 7 años

1). Hacia los 2 1/2 - 3 años, puede ponerse en evidencia una organización de tipo neurótico, mientras que los niños más pequeños plantean diferentes tipos de problemas al psicoterapeuta. El primero es el de la práctica de la psicoterapia a tal edad, sobre todo ante de los 18 meses hasta 2 años. Los casos más jóvenes de psicoanálisis de niños aparecidos en la literatura tienen alrededor de 2 años y medio (caso Avdy de Bolland y Sandler, caso Rita de M. Klein). En efecto, a partir de los 18 meses las posibilidades crecientes del niño de poseer un juego simbólico nos permiten tener acceso más fácilmente a sus conflictos intrapsíquicos. El problema esencial que se plantea en este momento al psicoterapeuta, tanto como al clínico *infantil*, es cómo se organizan estos conflictos *intrapsíquicos*: es decir, cuáles son los elementos pertinentes que nos permitirían describir la estructura psíquica del niño. El único criterio relativamente fiable es la *calidad de los investimentos y la relación de objeto* (relación con los padres —sobre todo la madre— el terapeuta y los objetos del mundo externo). Los otros criterios son sobre todo criterios de desarrollo. Las descripciones de M. Mahler de las dos últimas subfases de la fase de separación-individuación: la 3.<sup>a</sup> subfase «*de acercamiento*», y la 4.<sup>a</sup> «*tendencia hacia*

*la constancia del objeto*», parecen mostrarnos que normalmente el niño entre los 18 meses y 2 años y medio a 3 vive ante todo una problemática depresiva que a menudo toma proporciones catastróficas en el seno de la afirmación del Sí mismo. Más tarde, volveré con más detalle sobre la importancia de las diversas calidades de angustias depresivas en la psicoterapia del niño pequeño.

Antes de los 18 meses, las dificultades para hacer apreciaciones sobre el funcionamiento psíquico del niño son tan graves, aparte de la calidad de la interacción con los padres y sobre todo con la madre, que el problema esencial que se plantea al terapeuta a esta edad es el de la patogenia. Es decir, qué interacciones padres-hijo promueven la salud mental del niño y por qué, y sobre todo cuáles son generadoras de patología, de qué patología y de qué manera la engendran. Sobre este punto se tienen algunas nociones estudiando la calidad de las proyecciones que los padres hacen sobre sus hijos. A la hora de plantear indicaciones psicoterapéuticas a esta edad, como por otra parte a cualquier otra edad, nos preguntamos qué aspectos de la problemática del niño son «reactivos» a la patología de los padres y de las proyecciones que éstos hacen sobre él y qué otros forman parte ya de la organización de la personalidad del niño. Bien es cierto que para esta categoría de edad, dejando aparte la patología psicótica precoz y los trastornos graves de la adaptación, que se manifiestan por una sintomatología de disarmonía evolutiva, se tiene la impresión de que la mayor parte de los trastornos del niño son sobre todo «reactivos» a las proyecciones de los padres. Esto hace que la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos a esta edad se hagan con los padres. Las indicaciones y contraindicaciones para las intervenciones psicoterapéuticas padres-hijos están sobre todo determinadas por el tipo de proyecciones que hacen los padres sobre sus hijos.

La constelación dinámica típica de indicación es aquella en que el padre (a partir de aquí utilizamos la palabra «padre» en sentido genérico, es decir, «padre o madre») que viene a consultar por trastornos funcionales (trastornos del sueño, de la alimentación, vómitos, etc.) o por crisis de cólera y agresividad de su hijo, tiene un duelo no elaborado de una persona significativa de su pasado, lo más a menudo de uno de sus padres. El o los síntomas del niño vienen a ser el equivalente de un síntoma neurótico de la madre o del padre. A través de ellos el padre o la madre recuperan mediante el hijo el lazo con el objeto perdido de su pasado que les permite así evitar el duelo. Los aspectos más ambivalentes de la relación del padre con el objeto de su pasado modelan el síntoma del niño; mientras que los aspectos libidinales, muy importantes en estos ca-

sos, van a manifestarse en la relación con el psiquiatra, en lo que nosotros hemos llamado *pre-transferencia positiva*. Esta pre-transferencia es básica para la receptividad del padre a la interpretación de la dinámica citada más arriba, lo que facilita la recuperación del proceso de duelo. Esto libera al niño de la proyección conflictiva, permite la desaparición de los síntomas que estaban unidos a ella y sobre todo «desintoxicar» la evolución ulterior de la relación padre-hijo. Para ejemplos detallados de esta problemática, consultar el artículo que se cita al final de la página. Aquí resumiremos muy sucintamente uno de estos ejemplos:

La madre de un niño de 2 años y medio viene a la consulta de lactantes, quejándose del carácter de su hijo que ella describe como agresivo, colérico y exigente, por todo lo cual ella sufre mucho. Con la enfermera constatamos este tipo de comportamiento en el niño frente a su madre. Cuando nos interesamos por la madre, ella nos habla entre otras cosas de su infancia feliz hasta los 15 años, momento en el que sus padres se divorciaron. Desde entonces ella apenas ha vuelto a ver a su padre, al que adoraba a pesar de su carácter colérico y exigente. Cuando yo le señalo que ella sufre mucho por el carácter de su hijo, pero sin embargo este carácter le permite reencontrar algo de su padre perdido, ella se muestra muy afectada y asiente secando sus lágrimas. Desde año momento, la relación de este niño con su madre ha cambiado profundamente, según confirma la enfermera.

Una subforma clínica de esta forma dinámica típica es aquella en que los padres tienen frente a su hijo, una actitud contraria y reactiva a la que ellos han vivido con sus propios padres. Por ejemplo, el padre que tiene frente a su hijo una actitud contraria a aquella de un padre que él vivió como demasiado severo, exigente, colérico o agresivo, o bien distante y sin afecto. Esto se acompaña de una actitud hipertolerante y muy indulgente, incluso a veces sumisa frente al propio hijo. Este último tiene tendencia a convertirse en exigente, incluso tiránico, colérico y agresivo. Estas actitudes de exigencia y tiranía del niño frente a sus padres dan lugar a dificultades de separación en él, muy a menudo responsables de trastornos del sueño.

### **Problema de las psicoterapias padre-hijos a largo término y de las psicoterapias de la relación madre-hijo**

En la edad comprendida entre los 2 años y medio hasta los 6 ó 7 años, encontramos menos problemas para las psicoterapias del niño pequeño.

Es el momento de la aparición y la elaboración de la problemática edípica. El grado de dificultad de la psicoterapia estará en relación con el tipo de organización de la personalidad del niño. En el mejor de los casos, es decir, en los niños que tienen tendencia a estructurarse de manera neurótica, los conflictos ligados al complejo de Edipo son lo suficientemente importantes como para inducir muy a menudo a manifestaciones sintomáticas. Se trata de síntomas de la serie fóbica o histérica, a saber: fobias a ciertos animales (grandes o pequeños), dolores de vientre, ciertas enuresis y también ciertas formas de encopresis pasajeras. Pero estos casos raramente conducen a la consulta del psicoterapeuta, a menos que tengan una duración en el tiempo tan larga que inquieten a los padres y esto sucede sobre todo cuando otros síntomas vienen a combinarse con los anteriores. En este momento asistimos a la transformación de la problemática propia de la *neurosis infantil* como la llama Lebovici, en la de una *neurosis del niño*, según los criterios de este mismo autor. Para resumir sucintamente estos criterios, digamos que la neurosis infantil se refiere a la problemática psíquica propia del complejo de Edipo y es, por tanto, un concepto dinámico estructural mientras que la neurosis del niño es un concepto clínico.

Pero en el interior de esta organización neurótica de la personalidad del niño existe todavía una posibilidad más. Los síntomas del niño pequeño, en general, están muy poco ligados específicamente a un tipo de organización y por lo tanto son bastante ubicuos. Estos síntomas pueden inscribirse en el cuadro de evoluciones regresivas más o menos importantes, a las cuales el niño se ve obligado a recurrir frente a la intensidad que adquieren sus conflictos edípticos. En estos casos, es grande el riesgo de que a la llegada de la latencia, si el niño es abandonado a su evolución espontánea, nos encontremos en presencia de una estructura neurótica o bien de un trastorno de la personalidad más o menos grave.

Puesto que estamos en un momento que, como hemos subrayado al principio, la problemática edípica está todavía en vías de internalización o está sólo parcialmente internalizada, el primer problema que se le presenta al psicoterapeuta es, al igual que en los niños muy pequeños, delimitar qué aspectos de la patología del niño son todavía «reactivos» a los problemas de los padres y qué otros forman ya parte de la organización de la personalidad del niño. Esto es importante a la hora de establecer la indicación del tipo de intervención psicoterapéutica.

Como sucedía en el caso de los niños más pequeños, se puede decir que las indicaciones para las intervenciones terapéuticas

breves padres-hijos se plantean cuando las proyecciones que los padres hacen sobre sus hijos son de tipo neurótico. En esta edad del niño, las proyecciones tienen que ver con su propia problemática edípica: es decir, que ellos proyectan sobre el hijo un objeto incestuoso, un objeto de rivalidad o un objeto superyoico. De esta manera, encontramos en la relación padres-hijo una constelación dinámica típica de indicación a la intervención terapéutica breve, donde tanto el niño frente al padre como éste último frente a su hijo, viven una problemática edípica en espejo.

Cuando las proyecciones de los padres son más conflictivas y patógenas, entramos en el terreno más incierto del trabajo psicoterapéutico a largo término con los padres bajo una forma u otra que puede ir incluso hasta las terapias de tipo familiar, haciendo al mismo tiempo una psicoterapia analítica del niño cuando se considera que su patología es el resultado de conflictos intrapsíquicos. Pero también aquí hay diversas opciones que de nuevo requieren de criterios de indicación. Si el niño presenta una problemática neurótica demasiado severa, en general de tipo fóbico o histérico, o si la conflictiva intrapsíquica está bien delimitada y puede ser bastante fácilmente descrita y formulada, podemos recurrir a psicoterapias breves del niño de tipo focal o focalizado. Estas psicoterapias son muy parecidas a las del mismo tipo en el adulto (Malan, Schneider, Gillieron, etc.). Su particularidad técnica consiste en analizar simultáneamente en la transferencia tanto los fantasmas o «complejos fantasmáticos» edípicos conflictivos, responsables de la sintomatología como el duelo por la terminación de la psicoterapia. En general, la duración de estas psicoterapias es de 6 a 8 meses, con un período de vacaciones intercalado y a razón de una, como máximo dos, sesiones por semana.

Cuando el niño presenta una organización neurótica más grave o un trastorno de la personalidad no demasiado grave, es preciso hacer psicoterapias analíticas convencionales a razón de 2 a 3 sesiones por semana, sin fecha de terminación preestablecida. Por el contrario, si se trata de un trastorno importante de la personalidad, de tipo prepsicótico, la indicación de elección es el psicoanálisis del niño a razón de 4 a 5 sesiones semanales, con un mínimo de 3, distribuidas en la semana.

Veamos ahora cuáles son las particularidades de las psicoterapias de los niños pequeños y ciertos problemas que pueden presentar.

Los modos de expresión de un niño pequeño, sobre todo si tiene menos de 3 años, son muy rudimentarios. Esto afecta sobre todo al lenguaje con la dificultad que tiene un niño pequeño para

hacernos un relato coherente. Esta dificultad es más grande cuando se trata de hablarnos de acontecimientos de su vida cotidiana, que los niños evocan muy raramente, y todavía más grande para hablarnos de sus emociones, sentimientos o estados de ánimo. Este tipo de comunicaciones es, en el mejor de los casos, expresado a través del juego, pero cuanto más joven es el niño el juego es más fragmentario y parcial y es el comportamiento, en el sentido más amplio del término, lo que se convierte en el medio de expresión de su vida fantasmática. En otros términos, el niño pequeño se mueve mucho, a veces está incluso en el límite de la inestabilidad y de la hiperactividad, o bien se muestra muy inhibido. El niño pequeño se expresa más por la acción que por los medios verbales o, si se quiere emplear un término más amplio, más mentalizados. De manera que el juego de un niño pequeño está más cerca de un acto que de un relato más «secundarizado», como la haría un niño latente alrededor de un dibujo. Esta rudimentariedad de los modos de expresión comporta manifestaciones transferenciales más directas e inmediatas en la relación con el psicoterapeuta que llega a ser más fácilmente utilizado como objeto de satisfacción de pulsiones libidinales o de descarga de pulsiones agresivas. El niño pequeño tiene menos posibilidades de desplazamiento y de expresión indirecta de su vida pulsional. Sus mecanismos de defensa son más elementales y arcaicos. Esta tendencia a la descarga de pulsiones se acompaña de ansiedades más violentas. Las angustias depresivas se manifiestan entre otros modos en el nivel del comportamiento por dificultades muy importantes de separación de la madre o de la persona que les lleva. El correlato defensivo de tipo proyectivo frente a las angustias depresivas conlleva temores paranoides que se manifiestan a menudo de manera inmediata por miedo muy intenso al psicoterapeuta.

Cuando se lee el capítulo de M. Klein sobre el psicoanálisis precoz en su libro «El Psicoanálisis de Niños», se tiene la impresión de que el niño pequeño se comporta de una manera que únicamente se encuentra de nuevo en el adulto melancólico (con sentimientos de pérdida catastróficos) o bien paranoico con intensos sentimientos de persecución.

En los niños pequeños, los fantasmas ligados a la destrucción y pérdida del objeto pueden tener tal intensidad que adquieren proporciones catastróficas (angustias catastróficas), haciendo fracasar las posibilidades del Yo de permitirles una salida simbólica a estos fantasmas. Este fracaso para simbolizar la representación de la destrucción del objeto, le hace recurrir a mecanismos de defensa más arcaicos. El más importante es muy parecido al mecanismo psíquico propio de la manía clínica, es decir, que recurre a defen-



sas maníacas. Es la tendencia a la dispersión del conflicto planteado por la intensidad de las angustias depresivas con una tentativa de «dilución» de éste. Esto se realiza mediante el desplazamiento repetido de las pulsiones conflictivas a representaciones cada vez más diversas, como M. Klein ha descrito en la génesis de la formación de símbolos. Este mecanismo es responsable de la debilidad de los lazos que ligan los afectos a las representaciones, como es propio del proceso primario. Esta predominancia puntual del proceso primario sobre el secundario constituye uno de los signos clínico-dinámicos cuasi patognomónicos de las pre psicosis. En este funcionamiento psíquico pueden aparecer confusiones entre el objeto simbolizante y el objeto primitivo bajo la forma de *ecuaciones simbólicas* pasajeras (Segal), lo que da una intensidad particular a las angustias paranoides que surgen como defensa frente a las ansiedades depresivas de tipo catastrófico. Cuando este tipo de angustias se hace demasiado intenso, en lugar de la dispersión del conflicto mediante un intento de «dilución» de la angustia depresiva a través de un deslizamiento muy rápido sobre representaciones cada vez más alejadas del objeto primitivo, surge una defensa más regresiva: *la fragmentación del Objeto y del Yo*. El afecto depresivo es de esta manera muy masivamente negado pero al precio de una ruptura de la coherencia del Yo y de confusiones sincréticas entre el Yo, los objetos parentales fantasmáticos primitivos y el mundo externo. Es un mecanismo psíquico propio de los funcionamientos psicóticos arcaicos (el funcionamiento desintegrativo).

Otra modalidad que tiene el niño pequeño de evitar la angustia depresiva es la *tendencia a la repetición*. Se manifiesta sobre todo en los juegos que se hacen estereotipados, volviendo a empezar de manera monótona e incansable la misma temática con variaciones mínimas. Por otra parte esta respuesta desalentadora sigue muy frecuentemente a la interpretación del psicoterapeuta. M. Klein ha insistido sobre los casos en que la interpretación dirigida sobre el punto de angustia máxima, permite al niño superar los efectos paralizantes de aquélla y mostrar una confianza muy grande frente al terapeuta. Esto se traduce en el nivel del funcionamiento del Yo por la aparición de manifestaciones simbólicas —sobre todo de juegos— que ponen muy claramente en evidencia los fantasmas agresivos subyacentes. Estas son interpretaciones del comienzo del tratamiento y que se dirigen muy a menudo hacia angustias paranoides. Sin embargo, frecuentemente la angustia depresiva sobrepasa el dintel de lo que el Yo del niño tiene capacidad para dar una salida simbólica. En estos momentos aparecen la inestabilidad, la hiperactividad frenética y los actings destructivos, como un modo de expulsión de las vivencias inconscientes de destrucción interna. Este tipo de respuesta predomina en

ciertos períodos en los que es difícil para el niño integrar una problemática particular, a menudo en alternancia con la tendencia a la repetición estereotipada de ciertas actividades o juegos. Estos son períodos que ponen a prueba al psicoterapeuta desde el punto de vista contrátransferencial.

Brevemente, en el niño pequeño no solamente el funcionamiento del Yo es bastante inmaduro sino también el conjunto de su organización psíquica puede sufrir movimientos regresivos considerables.

Lo que nos parece el elemento central de este funcionamiento psíquico es la manera de tratar la ansiedad y sobre todo las angustias depresivas, sentando como premisa que esta problemática depresiva nos parece crucial en la edad de 18 meses a 2 años y medio ó 3. En los niños de 3 a 6 ó 7 años, las regresiones a este tipo de funcionamiento son bastante frecuentes. Para no entrar demasiado en detalle en la importancia, —central, en mi opinión— de la integración de los afectos depresivos en la vida psíquica, digamos únicamente que hay un gama de este tipo de afectos todo a lo largo del desarrollo psíquico, de la cual solamente ciertos hitos muy destacables nos son conocidos. Este abanico va desde los afectos muy invasivos y elementales, propios de funcionamientos psicóticos arcaicos (autísticos y simbióticos, sobre todo), consecuencia de la vivencia de no formar parte, o de no poder «anexionarse» un objeto muy idealizado, hasta la elaboración del complejo de Edipo. Este último plantea el más alto grado de exigencia de integración depresiva, porque en este momento se le exige al niño no solamente reconocer a los dos padres como objetos totales, sino también reconocer los lazos entre ellos, de los cuales él está excluido: la sexualidad y su fruto, la creatividad.

A cada uno de estos modos de angustia depresiva corresponde una modalidad correlativa de defensa paranoide en función de la agresión desplegada —y que es también proyectada— por las defensas narcisístico-maniacas. Por ejemplo, frente a las exigencias de elaboración del Edipo, la defensa maniaco-narcisística está constituida por el complejo de Edipo y la angustia paranoide que resulta es la angustia de castración.

En lo que concierne a las exigencias de frecuencia semanal o las sesiones en función de la organización psíquica predominante en el niño, es preciso poner de acuerdo ciertos aspectos de la situación psicoterapéutica (setting) con la integración psíquica del niño y sus posibilidades de soportar la angustia depresiva. Un niño que presenta una organización neurótica no demasiado severa tie-

ne, en función de lo que he dicho anteriormente, una capacidad de vivir la angustia depresiva que hace posible y útil hablarle, a razón de una vez por semana, de la terminación de la relación psicoterapéutica casi al mismo tiempo que tratamos en la relación con él y con sus padres de los residuos importantes de omnipotencia propios de ciertos fantasmas edípicos particularmente conflictivos. Por el contrario, tal situación se presta mucho más difícilmente a lo que un niño prepsicótico puede vivir en una situación transfereencial y es que ésta le permite instalar defensas narcisístico-maniacas al mismo tiempo que las analiza, lo que le pondría relativamente a cubierto de sus angustias catastróficas. Esto se realiza con más facilidad a un ritmo más elevado de sesiones por semana. En este caso, la separación del fin de semana, que pone en riesgo y/o refuerza las defensas narcisístico-maniacas, permite el análisis regular de la evolución de las angustias depresivas en un proceso analítico como el descrito por Meltzer. Esto se hace muy diferente a un ritmo de 2 sesiones por semana en el que una ruptura de la regularidad de la relación psicoterapéutica sólo se establece claramente en los períodos de vacaciones.

En pocas palabras, me parece que mucho más de lo que algunos creen, se asiste a procesos psicoterapéuticos diferentes en función de las limitaciones que se establecen en lo que es transferible y analizable, tanto por la frecuencia de las sesiones como por la actitud del psicoterapeuta es mucho más estratégica y táctica que la del psicoanalista que se ocupa de los diversos fantasmas transfereenciales tal como ellos se van presentando en la relación analítica sin intentar otras modificaciones que las de la integración de los afectos depresivos mediante el análisis de fantasmas defensivos y las angustias paranoides que comportan. El «setting» psicoterapéutico se somete a una actitud del psicoterapeuta que tiene tendencia a centrarse sobre el análisis de los problemas estructurales centrales. La noción de neurosis de transferencia que en nuestros días aparece como demasiado limitada para explicar la complejidad del proceso analítico, puede ser, por el contrario, útil para comprender la repetición, en la situación interpersonal, de los fantasmas o «complejos» fantasmáticos responsables de la sintomatología y de los conflictos estructurales centrales del niño. Pero para ello, es preciso que este último presente una organización neurótica con su tendencia a la focalización de conflictos que contribuya al éxito del tratamiento psicoterapéutico.