

PRIMERA INFANCIA: ASISTENCIA TERAPEUTICA*

Eulàlia Torras de Beà**

En los últimos años han surgido diversas publicaciones sobre las distintas modalidades terapéuticas basadas en una comprensión dinámica de la psicopatología y la evolución, válidas para las distintas etapas de la infancia y la adolescencia (Campo, 1993; Manzano y Palacio, 1993; Torras, 1996, entre otros). En realidad, se trata de distintos enfoques psicoterapéuticos o de tratamiento psicológico entre los que cuentan la psicoterapia psicoanalítica clásica, la breve o focal, la reeducación o psicopedagogía, la estimulación terapéutica, el tratamiento por juego simbólico, los grupos psicoterapéuticos, los grupos reeducativos, el seguimiento psicoterapéutico, además de otras formas de abordaje terapéutico ideadas según las necesidades de la clínica y organizadas según los recursos de todo orden.

Estos distintos tratamientos tienen elementos comunes; el principal entre ellos, eje del proceso terapéutico, es la interacción entre el terapeuta y el paciente, lo que clásicamente se ha llamado relación terapéutica y los autores post-modernos llaman intersubjetividad. En psicoanálisis se habla de transferencia - contratransferencia pero hoy en día está ampliamente

* Presentado en las IV JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN CASTELLANO-MANCHEGA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL (AEN): ETAPAS VITALES Y SALUD MENTAL. Albacete 26 al 28 de Marzo 1998.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Fundación Eulàlia Torras de Beà. Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Cruz Roja. Barcelona.

aceptado que éstas no son un fenómeno específico de ese tratamiento o de la psicoterapia, sino que ambas se dan en todas las relaciones, terapéuticas o no.

La interacción entre el terapeuta y el paciente tiene obviamente como objetivo que el niño o adolescente progrese, que su evolución mejore, avance, para lo cual es necesario que la relación entre terapeuta y paciente, lo que cada uno dice y hace, sea comprensible para ambos. Solamente de esta manera el niño podrá utilizar lo que el terapeuta le aporta. Este intercambio significativo para ambos hace progresar la capacidad del paciente de diferenciar y vincular las experiencias, que es lo mismo que decir la capacidad de formar símbolos. Por eso, en esquema, puede decirse que el objetivo central de la interacción terapéutica es impulsar la formación de símbolos. De la capacidad de simbolizar depende tanto la evolución personal y emocional como la capacidad para aprender. Los distintos tratamientos que he nombrado antes se diferencian entre otras cosas por la técnica que utilizan para estimular la capacidad de diferenciar y de vincular las experiencias para que la capacidad del niño de formar símbolos progrese.

La relación terapéutica ha sido ampliamente estudiada y se ha escrito mucho sobre ella; a nivel teórico por tanto la podemos considerar profundamente conocida. Sin embargo, en la práctica sigue siendo, creo, un desafío importante a la capacidad terapéutica del profesional.

La capacidad del terapeuta de interesarse por el niño, conectar realmente con él, captarlo, descubrir lo que es capaz de comprender en cada momento para poder situarse a su nivel y que lo que se hace y se dice en el tratamiento tenga significado, resonar a lo que el niño vive, a sus emociones, su realidad interna, al “mundo” que tiene en su mente y las imágenes que lo pueblan, hacen toda la diferencia. Este conocimiento del niño y de su realidad mental es básico para cual-

quier tipo de tratamiento, tanto los psicoterapéuticos propiamente dichos, que se ocupan de la experiencia emocional, como los de base psicopedagógica que se utilizan ante determinados problemas de aprendizaje.

El problema es que cuanto menos comunicación han tenido las personas del entorno con el niño, cuanto menos han compartido con él la experiencia emocional, cuanto más ha consistido la relación con él en avisos acerca de la conducta, más difícil le será al terapeuta conseguir comunicarse con el niño y más empeño y habilidad necesitará para conseguir una comunicación real con él.

Además, la ausencia de comunicación emocional a menudo viene revestida por la apariencia de comunicación; es “como si” aquello fuese comunicación. No es excepcional que esto confunda al terapeuta que corre entonces el peligro de conformarse, él también, con una comunicación “como si”, en la que él y el niño están completamente fuera de contacto, cada uno yendo por su lado, sin encontrarse, pero apareciendo como si se comunicaran. Entonces el niño dibuja, juega o habla y el terapeuta explica, pero los dos lenguajes van paralelos: el terapeuta no capta realmente al niño ni éste entiende al terapeuta. Por supuesto, todos los tratamientos tienen momentos de desencuentro, de pérdida de contacto, pero cuando el terapeuta está al tanto y se da cuenta puede mantener su actitud de exploración y el contacto puede recuperarse. Luego presentaré una viñeta clínica que ilustra este punto.

Como seguramente se desprende de lo que decía antes, un punto que me parece esencial para conseguir una comunicación real es que la interacción entre el terapeuta y el paciente se sitúe al nivel de la capacidad de simbolizar del niño. A veces nos encontramos con tratamientos en los que el niño se expresa a un nivel muy concreto, de ecuación simbólica y el terapeuta le contesta en un lenguaje adulto, simbólico.

Entonces decimos que “*el niño se expresa a nivel de un funcionamiento psicótico y el terapeuta le responde como si se tratara de un neurótico*”. Pero no se trata de que lo que dice el terapeuta sea erróneo, sino de que no está al alcance del niño, a su nivel; no es el lenguaje que él puede comprender, con el que puede sintonizar. Con relación a esto, Bion describió lo que llamaba la parte neurótica y la parte psicótica de la personalidad del paciente. Estos distintos niveles o formas de funcionamiento necesitan respuestas apropiadas si se trata de que el niño comprenda y pueda utilizar lo que el terapeuta aporta.

Sabemos que desde el nacimiento, gracias a la interacción con las personas significativas de su entorno que cuando todo va bien le transmiten tanto la comprensión de la realidad exterior como la de su realidad interna, el niño va diferenciando y vinculando las experiencias que vive en un todo coherente y significativo y va progresando en la formación de símbolos desde los más elementales hasta los más abstractos y los conceptos. Por supuesto, este desarrollo se entretiene con la elaboración de las ansiedades y defensas, y a su vez esta reorganización favorece nuevos adelantos. Pero cuando las primeras relaciones con el entorno no son suficientemente estructurantes el niño no llega a diferenciar y vincular adecuadamente los elementos de la experiencia: entonces estos se acumulan en forma insuficientemente organizada y coherente en su realidad mental. En este caso la formación de símbolos se detiene a nivel de ecuación simbólica y el pensamiento es de tipo concreto como sucede en el funcionamiento psicótico. Este estado de cosas significa una fuerte dificultad para la elaboración de las ansiedades y defensas y para la capacidad de aprender. Si el grado de no-integración o de disociación es aún mayor el niño no conseguirá orientarse en sus experiencias, su pensamiento será confuso y su funcionamiento gravemente perturbado. No podremos hablar de formación de símbolos.

De todo esto se desprende que el niño llega al tratamiento porque su progreso en la simbolización, la vinculación de las experiencias y la estructuración mental se han detenido en algún punto insatisfactorio de su evolución. El terapeuta tiene como objetivo ofrecerle una experiencia madurativa, estructurante, una interacción que impulse este proceso. Esta interacción debe aportar al niño estímulos comprensibles y estructurantes, al nivel de su capacidad de pensar o tipo de pensamiento, que son aquellos que se sitúan al nivel de su capacidad simbólica. A partir de ahí, la interacción entre el terapeuta y el niño irá evolucionando y haciéndose más compleja a medida que el niño progresa.

Dicho de otra manera, sugiero que el terapeuta, a través de la acción y las palabras debe conseguir relacionarse con el niño al nivel de éste, de su comprensión, lo cual significa a su nivel de simbolización. Por tanto, la elección terapéutica, es en realidad la elección de la técnica –reeducativa, estimulativa, psicoterapéutica, etc.– que propone al niño un intercambio al nivel de sus capacidades de simbolización.

Lo que sucede es que a veces hablamos como si se tratara de una elección fenomenológica de tratamiento. Para decirlo en forma rudimentaria pero real: al niño que no aprende se le indica reeducación, al que tiene mal carácter o temores fóbicos, psicoterapia y al pequeñito con retraso psicomotor, estimulación terapéutica... Esta forma de recortar las cosas pierde el meollo de lo que hacemos, la idea de intercambio estructurante de asociaciones de ideas en palabras y acciones, a nivel de la capacidad de aprovecharlas del niño, de su nivel de simbolización. Sucede también que denominamos al tratamiento según el registro en el que mayormente proyectamos movernos: reeducación, estimulación terapéutica, psicoterapia, etc. Pero no es excepcional que en un tratamiento psicoterapéutico sean necesarios momentos de interacción a un nivel concreto, reeducativo, mientras que en un tratamiento reeducativo haya otros en que el terapeuta considera necesario hablar al

niño de sus vivencias y su mundo interno. Claro que también es cierto que a veces un tipo de interacción, de trabajo, y por tanto de tratamiento, recibe distinta denominación según los terapeutas o según los equipos.

En cuanto a los padres, vertiente importante de nuestro trabajo, buscamos mejorar la captación que hacen de su hijo real, de la realidad de su hijo, para que puedan recuperar una interacción sana con él. En nuestra tarea tratamos de ayudarles a modificar la imagen errónea que, por influencia de experiencias perturbadoras pasadas –generalmente en su propia infancia– insuficientemente elaboradas, tienen en su mente. Este es el objetivo de las psicoterapias madre-bebé que han descrito Cramer y Palacio-Espasa (1993) y Stern (1997) y padres-bebé descrita por Watillon (1993).

Lo que vengo diciendo sugiere, espero, que en el fondo toda tarea terapéutica correcta es en realidad un tratamiento global, especialmente cuando se trata de niños pequeños: el progreso en la captación y la organización de las experiencias en relación a las realidades tanto externa como interna estimula la función simbólica, permeabiliza la capacidad de aprender y facilita la elaboración de la experiencia emocional. Esta elaboración, a su vez, mejora la capacidad de contacto con la realidad y de aprendizaje.

A continuación presentaré dos fragmentos del tratamiento de un niño pequeño para ilustrar la tarea global que realiza la terapeuta. Podrá observarse que la interacción que mantiene con el niño se ocupa tanto del contacto con la realidad externa y por tanto de la capacidad de aprendizaje, como de la experiencia emocional. Este trabajo global podría también ser ilustrado con viñetas de un tratamiento en grupo como los que realizamos con niños de primera infancia.

Como el objetivo de este ejemplo clínico no es presentar al niño sino el trabajo de la terapeuta, daré de él solamente unos pocos datos para que se entienda la interacción y los objetivos de la tarea.

DAVID, 3 AÑOS Y 4 MESES¹

Estas viñetas pertenecen al tratamiento de un niño al que llamaré David que llega a la consulta cuando tiene 3 años y 4 meses. La consulta, aconsejada por la escuela porque veían al niño aislado, que ignoraba a los otros niños y no progresaba, se realizó en el Servicio de Psiquiatría-Psicología del Niño y del Adolescente del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona.

La familia vino de Portugal el año anterior, cuando David tenía 2 años y 4 meses. A los dos años y medio el niño inició escuela por la mañana y fue allí donde notaron que se aislaba cada vez más. Los padres también observan dificultades de relación. Al comienzo lo atribuyeron al hecho de encontrarse con otro idioma, pero la madre piensa que su comprensión no alcanza el nivel de un niño de su edad. Coincidió con que ese primer año la madre obtuvo un trabajo y se pudo ocupar poco del niño. Cuando por consejo de la escuela se ocupó más de él, el niño mejoró, lo cual pareció un buen indicio.

Los padres refieren que hacia los 8 meses diferenció a los extraños y lloraba cuando su madre se iba. Desde siempre rehuye el contacto físico; la madre recuerda que con frecuencia el niño se le bajaba de los brazos. Dicen que comenzó a andar a los 16 meses y controló esfínteres entre 2 años y medio y 3. Su lenguaje corresponde aproximadamente al nivel de 2 años: dice alguna palabra pero en lenguaje propio. No repite palabras.

Después de la exploración se aconsejó Estimulación Terapéutica. El tratamiento comenzó cuando el niño tenía 3 años y 9 meses. A continuación presentaré y comentaré la primera sesión del tratamiento y la primera después de las primeras vacaciones de verano.

¹ Agradezco a la psicóloga Consuelo Tarragó haberme permitido utilizar este sugerente y didáctico material clínico.

Primera sesión, David tiene 3 años y 9 meses

La terapeuta refiere:

Realizamos el tratamiento en el mismo despacho donde antes hice la exploración. Tengo preparada una caja con juguetes, plastilina, papeles y un estuche con lápices.

Entra sin dificultad dando muestras de reconocer el despacho y se lo comento. Coge el estuche e intenta abrirlo. Lo ayudo. Al ver los lápices inicia un juego que había realizado durante la exploración que consiste en construir “una carretera” con lápices. Como ya habíamos hecho, hacemos circular los coches por ella. Le comento todo esto también. Cuando los lápices no le quedan rectos los vuelve a colocar bien constantemente. Al poco rato deshace de golpe la carretera. Le digo: “¡Oh! ¿Qué ha pasado? ¿Ya no quieres carretera? ... Podemos mirar otra cosa”.

Va a la caja de juguetes y saca una muñeca, luego saca un trapo, dice “sábana” y la tapa. Le digo: “La pones a dormir” y él repite “a dormir”. A continuación, de forma ecológica va repitiendo “a dormir”, “a dormir”...

Saca la muñeca, lo deshace todo otra vez y a continuación coge un coche y lo hace circular. En ese momento se fija en la plastilina y dice algo parecido a plastilina. Digo: “David quiere la plastilina”. Hace un gesto afirmativo con la cabeza. Cuando meto la mano en la caja para dársela se mueven las piezas de construcción y hace como que se asusta.

Coge un plato y dice “plato ... ¿cuchillo?”. Le digo: “no hay cuchillo”. Pero él empieza a buscar. Le repito “no hay”. Entonces dice: “cuchara”. Le hago una con plastilina y mientras se la voy haciendo le voy comentando que le estoy haciendo una cuchara con plastilina. Se ríe, pero cuando la tiene en sus manos la aplasta. Digo: “¡Oh! Ya no hay cuchara”.

En ese momento ve la caja de pañuelos de papel que estaba apartada, saca un pañuelo, envuelve un trozo de plastilina y lo tira a la papelera mientras dice: “basura”. Le pregunto

“¿Tiras la plastilina a la basura?” Coge otro trozo de plastilina y repite lo mismo. Lo convierto en un juego de escondite y le digo: “¿Y la plastilina?” Hago como que la “encuentro” y digo “¡aquí...!” Sigue bien el juego y es el momento en que lo veo más conectado.

Después, voy hacia él y hago como que lo cojo y lo “escondo” detrás de la mesa. Luego hago como que lo “encuentro”. Ríe mucho. Seguimos jugando a esconder y hay un momento en que él se “esconde” tapándose la cara.

A lo largo de la sesión acepta el contacto físico y me deja participar en el juego. En toda la sesión no abre la puerta del despacho ni pregunta por su madre.

Cuando es la hora salimos y cuando ve a su madre da muestras de estar contento.

Comentario

Creo que en el desarrollo de la sesión es visible el esfuerzo de la terapeuta por mantener su conexión con el niño y seguir la línea de asociaciones y pensamiento de éste, expresados a través de la conducta y de alguna palabra. Ella añade sus propias asociaciones y verbaliza lo que va sucediendo, pero utiliza solamente las palabras esenciales, las imprescindibles, de forma que queden claras y consistentes, lejos de cualquier cosa que se pareciera a un contraproducente “baño de palabras”².

Observamos que a pesar de que entre la consulta y el inicio del tratamiento deben haber transcurrido dos o tres meses, David reconoce el despacho e inicia un juego que ya habían

² Me refiero a las largas explicaciones, generalmente demasiado complejas para el niño, con exceso de palabras que quedan planas, sin consistencia y que generalmente el niño no escucha que a veces se utilizan en los tratamientos. Estas explicaciones serían una muestra de lo que es no situarse al nivel de simbolización del niño.

hecho durante la exploración. La terapeuta se lo comenta pero no nos dice las palabras que utiliza. Pero podemos imaginar que haya dicho, por ejemplo: “Recuerdas que estuvimos juntos aquí”. “¡Ah! Hicimos este juego” o algo así. Con estas u otras palabras recogería el “recuerdo” del niño –la experiencia en el pasado– y al verbalizarla lo conectaría a la situación presente, ayudando así a pensarla.

La terapeuta comparte la actividad con David y hace circular coches con él. Cuando éste de golpe lo deshace todo, produce una ruptura y desmonta la carretera, ella lo acepta pero mantiene la continuidad: primero muestra sorpresa, después le pregunta “¿qué ha pasado?” y luego lo conecta con los afectos del niño, “¿ya no quieres...?” Con todo esto, ella muestra que aguanta, permanece, y que para ella la relación y la actividad siguen. Le dice, “podemos mirar otra cosa”. Al decir “mirar” sugiere tiempo, algo así como “buscar”, “pensar”, una actividad previa a tomar una decisión y hacer. Creo que es esta función de acogida y contención lo que permite al niño no desorganizarse e ir a la caja a “mirar”.

A continuación tenemos otra muestra de juego y de asociaciones de ideas: la muñeca, el trapo, taparla. La terapeuta añade las palabras “la pones a dormir”. Ella observa que el niño repite sus palabras, pero que a continuación la repetición se vuelve estereotipia. Aquí realiza la importante función de diferenciar los momentos de lenguaje “vivo” (o actividad viva) del niño de los momentos de lenguaje “muerto”, y de darse cuenta del tránsito entre uno y otro para poder estimular la actividad viva del niño al nivel de sus posibilidades.

A continuación en la sesión observamos el contacto y el diálogo constantes entre el niño y la terapeuta: cuando el niño nombra la plastilina y la terapeuta se la da mientras ofrece la frase entera; cuando el niño coge el plato y asocia el cuchillo y la cuchara; cuando envuelve la plastilina y la “tira a la basura” y quizá especialmente cuando la terapeuta lo transforma en

el juego de esconder. Las frases que utiliza la terapeuta son intencionadamente simples, a veces ni siquiera gramaticalmente completas, solo las palabras esenciales.

Destaco esta forma de hablarle al niño porque es importante para la función terapéutica central de este momento que consiste en estimular pensamiento verbal y simbolización, vinculando la acción a las palabras, más que en enseñar frases completas. Este último es un aprendizaje para más adelante, muy importante pero convencional, “de detalle”, para el cual es imprescindible antes haber desarrollado pensamiento verbal.

Podemos observar también que la terapeuta se esfuerza en comprender el lenguaje del niño y se da por enterada aunque éste no pronuncie las palabras correctamente. Esto significa que ella coloca la comunicación –función esencial– por delante de la pronunciación de las palabras, que es otra función “exterior”, “secundaria” en los dos sentidos del término.

Hay un momento en que parece haber un movimiento de transición entre lo asimbólico y lo simbólico en cuanto a las fobias del niño. Es el momento en que la terapeuta mete la mano en la caja, se mueven las piezas de construcción y David “hace como que se asusta”. O sea, ahora no se asusta, sino que escenifica el gesto que antes hacía cuando se asustaba.

La terapeuta hace constar que el niño no ha preguntado por su madre ni ha ido a buscarla y también que acepta el contacto físico; creo que este cambio depende precisamente de la calidad del contacto que ha conseguido con él.

A continuación referiré un resumen de la primera sesión de Septiembre, después de una interrupción de un mes y medio por vacaciones de verano. Hace seis meses que se inició el tratamiento. Ésta es una sesión de reencuentro después de una interrupción larga y sabemos que los cambios, las interrupciones y los reencuentros tienen sus dificultades. En la sesión puede observarse la elaboración de este reencuentro.

Primera sesión de setiembre, David tiene 4 años y 3 meses

Cuando nos encontramos le digo: “¿Qué tal? ¡Cuántos días sin vernos!”. Se le ve muy contento. Mientras nos saludamos con la madre, David entra deprisa y cierra la puerta. Cuando entro se está escondiendo detrás de un parapeto de sillas. Me dice: “Consuelo no está”. Le digo en broma: “David no ha venido”. Y enseguida comento, cogiéndole las manos, que sí, que David y Consuelo están aquí: “Tú y yo estamos aquí”.

Apartando los juguetes dice: “yo no juego”. Le digo: “Has estado de vacaciones sin jugar aquí y sin ir al cole”. Entonces mira los juguetes y da una vuelta por la habitación.

Cuando vuelve me dice sonriendo: “No eres Consuelo”. Ahora va observando todo lo que hay en la habitación y a medida que lo hace le voy señalando y nombrando cada cosa, incluyendo el armario donde guardamos todo. Al llegar a mí le digo, “¡Y yo!”. “¿Qué tiene de diferente? ¿está todo igual? ¿yo estoy igual?”

En ese momento me toca el pelo y dice “No tienes pelo de Consuelo”. Me doy cuenta de que me he recogido el pelo en una cola porque hace calor. Me lo suelto y dice, “Ahora sí eres Consuelo”. Le digo que tengo calor y –mientras me lo recojo nuevamente– que por eso me hago una cola.

Le pregunto si él lleva cola. Se echa a reír y dice que no. Le pregunto, ¿”Y tu mamá?” Me dice que su mamá ha ido al peluquero a cortarse el pelo. Le comento que él también va a veces.

Entonces comienza a esconderse debajo de la silla y la mesa. En algunos momentos cierra los ojos y me dice “No me ves”. Yo le contesto: “Yo sí, tengo los ojos abiertos”. Me mira, entonces yo cierro los ojos y le digo que ahora no lo veo porque tengo los ojos cerrados. Se ríe y después hace lo mismo. Repetimos este juego varias veces y en algún momento vuelve a decir que no lo veo cuando él tiene los ojos cerrados.

Antes de que termine la sesión le digo que ahora ya vendrá muchos días porque se han terminado las vacaciones.

Comentario

En esta sesión me parece muy atractivo el desarrollo de la elaboración del reencuentro después de la interrupción larga del verano. Como puede verse, al comienzo hay unas secuencias en las que se condensan por lo menos dos aspectos: la interrupción de verano y el cambio físico en la terapeuta debido a que ha cambiado su peinado. A David le han cambiado su terapeuta: “Consuelo no está”, creo que expresa tanto la ausencia de la terapeuta en los días anteriores –Consuelo no estaba– como el hecho de que ahora no está la Consuelo que el niño esperaba reencontrar. Creo que toda la sesión hasta que comienza el juego de esconderse es un esfuerzo de la terapeuta y el niño por entenderse, descifrar cada uno el mensaje del otro, por encontrarse.

Como puede fácilmente suceder a cualquiera de nosotros adultos, a la terapeuta le pasa por alto, al principio, que ha cambiado de peinado. Para ella se trata de un detalle, por eso de momento no se da cuenta que su cambio está influyendo el reencuentro con el niño. Pero para éste no se trata de un detalle; no solo nota enseguida el cambio sino que éste es tan importante para él como para decir: “No eres Consuelo” “No tienes pelo de Consuelo”. El reencuentro con su terapeuta cambiada –que él reconoce pero lo decepciona– es muy difícil para el niño.

Cambios pequeños de aspecto físico a nosotros, adultos, pueden fácilmente pasarnos desapercibidos. Quizá no nos pasaría desapercibido habernos hecho un corte de pelo radical, de esos que los amigos nos comentan, o el terapeuta que se ha dejado barba y por supuesto todo aquello que cambia tanto nuestro aspecto como para significar un “*new look*”. Pero para un niño muy afectado o muy pequeño, que precisa una

gran estabilidad de su entorno para sentirse seguro de él, nuestros pequeños cambios significan que ya no somos la misma persona. Seguramente todos podríamos contar ejemplos de este tipo.

La terapeuta, de momento, cree que “Consuelo no está” expresa la conocida dificultad de restablecer la relación después de una interrupción, de una ausencia. Pero los esfuerzos del niño por darse a entender y de la terapeuta por entenderlo de verdad no cejan. Ahora el niño insiste en que ésta no es la situación esperada: “Yo no juego”, dice. La terapeuta pone en palabras muy claras la parte que capta, “has estado ... sin jugar aquí...”, relacionándolo también con la ausencia de colegio, o sea con el cambio en el marco de referencia completo del niño. Toma por tanto la frase del niño como expresión de una pérdida, como malestar. Ella hubiera podido caer en el error –en el cliché– de “interpretar” como enfado y rechazo por su ausencia la negativa del niño a jugar, pero el niño no la hubiera entendido y probablemente se hubiera perdido la relación que están estableciendo.

El reconocimiento por parte de la terapeuta de la pérdida que ha sufrido el niño, aunque de momento sea parcial, lo ayuda a aceptar algo más la situación –lo muestra mirando los juguetes y recorriendo la habitación–. Entonces puede precisar: “No eres Consuelo”.

Sigue la exploración: la terapeuta señala y nombra cada una de las cosas de la habitación que el niño va mirando incluida ella misma y pregunta si todo está igual. Ahí da en el clavo. El niño, a quien ella ha ido ayudando a situarse, se da ahora cuenta de cual es la diferencia precisa y dice, “No tienes pelo de Consuelo”.

Esta experiencia de intercambio, de esfuerzo por entenderse, me parece tan importante como el contacto mismo. Para el niño, la experiencia de que se le quiere entender y que se insiste hasta que se le entiende, de que él puede insistir hasta

hacerse entender y de que si él insiste se le acabará entendiendo es tan esperanzador e importante como la comprensión misma, es un aprendizaje de lo que es en realidad la comunicación.

Una vez que niño y terapeuta se han reconocido completamente comienza otro momento de la elaboración del reencontro: el juego de esconderse, de verse y no verse; lo que no se ve no está, no ver es no ser visto, en definitiva, de la permanencia o volatilidad del objeto. La terapeuta, dándose cuenta que el niño necesita que lo ayuden a orientarse, a situarse también en el tiempo, antes de terminar la sesión le recuerda que ahora su relación volverá a tener continuidad...

En la forma como la terapeuta relata la interacción creo que puede verse el progreso que ha hecho el niño en cuanto a lenguaje.

Dejaré aquí esta viñeta clínica que espero haya conseguido ilustrar la tesis de este trabajo que es:

- El núcleo central de todo tratamiento de base psicodinámica es la interacción adecuada entre el terapeuta y el paciente.
- El objetivo de esta interacción es re-vincular y reorganizar la experiencia del niño en relación a las realidades externa e interna, para que progrese su capacidad de formar símbolos.
- La capacidad de formar símbolos o función simbólica es la base común a la evolución emocional, personal y de la capacidad de aprender.
- Por esta razón, todo tratamiento de base psicoterapéutica es en realidad un tratamiento global, Esto es especialmente cierto para los niños en la primera infancia.

BIBLIOGRAFIA

- BION, Wilfred R. (1963). *Learning from Experience*. W.Heinemann. Londres.
- CAMPO, Alberto J. (1993). Teoría, clínica y terapia psicoanalítica 1957-1991 Barcelona. Paidós.
- CRAMER, B. Y PALACIO-ESPASA Francisco (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. P.U.F. Paris.
- MANZANO, Juan, PALACIO-ESPASA, F. (Compiladores) (1993). *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona. Paidós.
- STERN, Daniel N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona. Paidós.
- TORRAS de BEÀ, Eulàlia (1996). Modalidades Terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil*. N.º 21/22.
- WATILLON, A. (1993). The dynamics of psychoanalytic therapies of the early parent-child relationship. *Int.J.Psychoanal.*,74:1037.