

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

VII CONGRESO NACIONAL. Salamanca, octubre de 1993

“PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ EN PSICOPATOLOGÍA INFANTIL”

- | | |
|-------------------------|--|
| A. LASA | Inauguración del Congreso, “Progresos en psicoterapia”. |
| M. FERNANDEZ GALINDO | Presentación de la Dra. Pola I. de Tomás en el acto de nombramiento como Miembro de Honor de S.E.P.Y.P.N.A. Semblanza biográfica. |
| C. SANTOS | Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. |
| F. PALACIO y D. KNAUER | Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias breves madre-bebé. Estudio catamnésico clínico. |
| D. HOUZEL | El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. |
| E. PEREZ | Intervención precoz en la patología grave del postparto.
* * * * |
| J. M. ^a TOUS | Interpretación y encuadre en psicoterapia de la primera infancia |
| CABALEIRO | Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. |

N.^{os} 15/16 ¹⁹⁹³

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Vicepresidente:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Secretario:

L. Fernando Cabaleiro Fabeiro (Madrid)

Vicesecretario:

Ana Jiménez Pascual (Ciudad Real)

Tesorero:

Jaume Baró Aylon (Lleida)

Publicaciones:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Vocales:

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Amparo Escribá (Madrid)

Alicia Sánchez (Madrid)

M.^a Carmen Navarro Rodero (Salamanca)

Director de la Revista:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Envíos:

Manuel Hernanz Ruiz.
Heros, 19-6.º Dcha.
48009 Bilbao.

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1383-95

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

VII CONGRESO NACIONAL. Salamanca, octubre de 1993

“PREVENCION E INTERVENCION PRECOZ EN PSICOPATOLOGIA INFANTIL”

A. LASA	Inauguración del Congreso, “Progresos en psicoterapia”.	5
M. FERNANDEZ GALINDO	Presentación de la Dra. Pola I. de Tomás en el acto de nombramiento como Miembro de Honor de S.E.P.Y.P.N.A. Semblanza biográfica.	13
C. SANTOS	Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas.	21
F. PALACIO y D. KNAUER	Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias breves madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.	47
D. HOUZEL	El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés.	73
E. PEREZ	Intervención precoz en la patología grave del postparto.	97
	* * * *	
J. M. ^a TOUS	Interpretación y encuadre en psicoterapia de la primera infancia	123
CABALEIRO	Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente.	137

N.ºS 15/16 1993

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

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1383-95

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1383-95

*Conferencia Inaugural del VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Presidente de S.E.P.Y.P.N.A. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Jefe del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de Uribe. Osakidetza.

(4) SIGMUND FREUD. "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Parte III). Obras completas, T. XVI. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1978.

SOBRE LOS FUNDAMENTOS DEL PSIQUISMO*

Alberto Lasa**

Aún a riesgo de sorprenderles me voy a remontar en esta introducción al tema de nuestro congreso al siglo XII.

Cuenta la historia de un cierto Federico II de Apulia, que otros llaman de Aragón, noble y muy ilustrado aristócrata de su tiempo.

Se sabe que por razones de litigios dinásticos fue muy precozmente separado de su madre que murió siendo él niño. Fue criado en varias de las cortes más cultivadas de su tiempo y desarrolló un particular y precoz talento como políglota. Cuando llegó a la adolescencia ya era un experto militar implacablemente violento con sus enemigos. Ardoroso combatiente en los campos de batalla y en los del amor, también fue implacable, o al menos vengativo con algunas de las amantes que le decepcionaron.

Sin embargo alternó sus cruzadas y campañas militares con el mecenazgo de los más reputados sabios de su época,

*Conferencia Inaugural del VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Presidente de S.E.P.Y.P.N.A. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Jefe del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de Uribe. Osakidetza.

a los que reunía en su refinada corte. Gran observador del comportamiento humano y del de los halcones escribió, entre otras cosas, un tratado de cetrería que hizo historia.

Entre sus múltiples curiosidades tuvo una que le obsesionó. Quería saber que idioma era el auténticamente humano, saber en qué idioma hablaría un bebé sin la influencia de su entorno.

Como era poderoso, ordenó que un grupo de niños fuesen retirados a sus madres, y confiados a competentes nodrizas seleccionadas por la corte, en un ambiente palaciego. Ordenó que recibieran un trato privilegiado y solo y sobre todo, prohibió, bajo severas penas, que nadie dijera palabra alguna a ningún bebé.

Aunque posiblemente la fidelidad al hecho histórico se mezcle con aspectos míticos, los resultados de su experiencia han sido narrados escuetamente por los cronistas de su reinado. Todos los niños murieron antes de cumplir el año.

Dando un salto de siglos les recordaré, que en los años cuarenta R. Spitz, describió con detalle algo parecido. Nos relató en su célebre trabajo sobre lo que él llamó “hospitalismo”, las tremendas secuelas psicológicas, la depresión “analítica” y el marasmo corporal, que llegaba también hasta la muerte, que podían sufrir los niños separados bruscamente de sus madres, hacia el segundo semestre de vida. Constató así la naturaleza absolutamente inseparable de lo psíquico y lo corporal desde los primeros momentos del desarrollo del ser humano

Conviene precisar, porque Spitz también lo hizo, que se trataba de una institución prestigiosa y de bebés cuya relación precoz con sus madres había sido intensa y favorable.

Ambas experiencias, y otras muchas, nos confirman cosas tan sabidas como sorprendentemente olvidadas.

Primera que el ser humano nace en un estado de indefensión tal que su supervivencia física depende de la calidad de la

crianza que recibe. Y aún más, que esa calidad no viene dada por sus condiciones materiales, no basta con el alimento, con una buena cuna y con la higiene adecuadas. Hace falta algo más.

Segunda, que la especie humana es humana porque ha sabido rodear esa indefensión de un marco de protección, que ofrece más de lo necesario para sobrevivir. Satisfechas las necesidades vitales, surge en el bebé algo más.

El deseo de vivir, el deseo de repetir otras gratificaciones. Satisfechos el hambre y el sueño, el bebé quiere y busca otra cosa. La sonrisa, el tacto, la caricia, el olor, la mirada, el gesto la voz, la palabra. “Son estas cosas las que animan la carne” decía Ajuriaguerra. El psiquismo materno participa fundamentalmente en la libidinización corporal de su bebé, y en su integración y despertar psíquico. Y el cuerpo y las funciones corporales, sueño, alimentación, piel sensible y mirada ávida de encuentros, se constituyen como vías porosas abiertas a la influencia del entorno... encarnado en otra presencia corporal, y en los contactos carnales repletos de afectos y de palabras. Experiencia psico-corporal recíproca e inseparable que, otra vez Ajuriaguerra conceptualizó como “mutualidad”.

Todo esto, que no es satisfacción de una necesidad biológica, es sin embargo indispensable para la supervivencia psíquica. Y prueba de ello nos lo aporta la particular y sobrecohedora actitud de ciertos autistas, que una vez satisfechas sus necesidades no necesitan nada más, es decir, no necesitan de nadie. Como todos sabemos las consecuencias de tal desencuentro son mortales o cuando menos catastróficas para su desarrollo psíquico. (La intervención del Prof. Houzel nos ilustrará acerca de su experiencia clínica en la aproximación al autista desde la perspectiva de la observación de bebés).

Y es que el psiquismo humano se constituye en un encuentro milagroso.

Lo ha sabido la intuición de madres y abuelas de cualquier época...cuando hacían su experiencia de crianza.

El saber popular siempre ha dicho que los niños conocen y oyen y por tanto hay que hablarles como si entendieran. Otra cosa era sin embargo el saber científico. Les recuerdo que muy ilustres tratados pediátricos de nuestro siglo, designaban, hasta no hace mucho al primer trimestre de vida como “el trimestre estúpido”.

Con el predominio de esta postura lo que no era tan previsible era que la genial Melanie Klein, viniera desde el mundo psicoanalítico a darles la razón a madres y abuelas espontáneas, defendiendo con la contundencia y obstinación propias de su genio, que los bebés se enteraban de muchas más cosas de lo que parecía (a algunos), y que desde que nacían estaban vorazmente predispuestos a entrar en relación con su entorno. Como es ahora sabido, esta precocidad se ha visto confirmada por numerosas y exhaustivas investigaciones que demuestran las enormes capacidades (“competencias”)... potenciales y por tanto también frágiles, de las que dispone un bebé sano... y convenientemente estimulado.

Sin embargo, aún hoy, existen no pocas resistencias a aceptar que estos intercambios precoces, proyecciones mutuas, son esenciales no solo para constituir el psiquismo precoz, sino también para jugar un papel condicionante y a veces determinante de la organización psíquica posterior.

Creo que esta resistencia tiene que ver con la dificultad de admitir que tanto; (la esencia del psiquismo, el destino psíquico de una persona, o simplemente su supervivencia, dependa de algo tan azaroso y tan indeterminado como una relación humana, que además es particularmente frágil y sensible a múltiples acontecimientos vitales. (Las Dras. Concha Santos y Elena Pérez. han centrado sus ponencias en las dificultades del puerperio, en sus repercusiones sobre el funcionamiento materno, y las posibilidades de intervención precoz sobre ellas).

La idea de que la crianza es un proceso natural y sencillo se basa en la experiencia de una crianza sana, sin dificultades. En cuanto se ve alterada por cualquiera de las muchas complicaciones que pueden afectarla, se convierte en un proceso complicado y doloroso. Es entonces cuando se comprueba, porque no aparecen, las enormes y complejas adquisiciones que sí que tienen lugar y que pasan casi desapercibidas en lo que consideramos un proceso de crianza "normal y natural". (El Prof. Mazet nos hablará de las intervenciones precoces y su repercusión en la evolución psicológica ulterior).

Pero no solo ha habido resistencia a aceptar la importancia de la crianza. También han existido siempre y existen hacia la chochez (el embelesamiento) que la madres espontáneas muestran sin pudor hacia sus bebés, otras actitudes.

Desde la fascinación (acompañada de la envidia y la nostalgia hacia algo antaño conocido e irremediamente perdido), y la sorpresa de descubrir cualidades y actitudes insospechables antes de su maternidad, hasta una respetuosa ironía hacia algo reconocido como enigmático. Enigma que a veces sorprende a la propia interesada.

Enigma al que Winnicott trató de dar respuesta con su conocida fórmula paradójica. "Los fundamentos de la salud psíquica dependen de un estado espontáneo de sana locura pasajera".

Volvemos a una idea altamente inquietante. ¿Cómo tanto puede depender de algo tan aleatorio como una relación humana? ¿Qué ciencia es ésta que vincula la naturaleza humana con lo incierto?

¿Cómo es que la biología no determine nuestro destino con más garantías? ¿Además de nacernos, sin consultarnos, aún necesitamos suerte?

Quienes ignoran a Freud suelen acusarle de haber erigido al instinto sexual como motor fundamental del comportamiento humano.

Injusto reproche porque lo que él sí que hizo, fue explicar que el motor fundamental del psiquismo humano es la pulsión, que está muy lejos de ser un instinto predeterminado genéticamente e invariable en cada especie. Nadie sino él explicó que la sexualidad humana es el resultado final de la búsqueda previa y repetitiva, de otras satisfacciones parciales, vinculadas al cuerpo, a sus diferentes zonas erógenas y al objeto que las satisfacía y unificaba.

Por ello la satisfacción pulsional esta más cerca de la biografía personal que del programa genético y más cerca de la creación psíquica que del objeto inespecífico que satisface necesidades biológicas.

Para Freud la búsqueda de esta satisfacción que inicia la experiencia psíquica, y del objeto perdido que la proporcionaba, se convertirá en el motor del psiquismo. Y la simbolización de la ausencia del objeto primordial, y la alucinación de la satisfacción recibida, pondrán en marcha toda simbolización, y todo psiquismo posteriores.

Pero que la metapsicología no nos haga olvidar lo cotidiano.

Lo cotidiano es que el psiquismo se constituye de intercambios corporales precoces, y que en ellos se vehiculizan pulsiones y afectos, miradas y contactos, mímica y gestos, sentimientos y palabras.

Lo cotidiano es que cuando vemos madres con bebés en apuros, con dificultades, sabemos que asistimos a algo que puede ser determinante. Y asistir quiere decir que vemos (entre madre y bebé) una interacción visible, se hacen cosas, se dicen cosas, se piensan cosas. Y nosotros también hacemos cosas, decimos cosas, pensamos cosas. Es un momento delicado y trascendente. Y nuestra presencia rara vez será inocua. Será positiva o negativa pero siempre influyente y a veces determinante.

Y de ahí que aspiremos a saber cómo evaluar los efectos de nuestras intervenciones habituales (La intervención del Dr. Palacio Espasa se centrará en la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé).

Habitual y cotidiano es, por ejemplo, que veamos un bebé hipertónico y excitado que mama y abraza con torpeza, con intensidad, ... y hasta con violencia. Tenemos el privilegio de asistir a esos primeros abrazos en los que se entrelazan el deseo de la fusión voluntaria en la ternura.... y en caso de no producirse ésta, el apasionado intento de violentar, de someter a un abrazo forzado. Ternura y pasión intensidad en el acercamiento y violencia en el rechazo, se entrelazan ya temprano. Como en el caso del ilustre noble que he mencionado al comienzo.

Y es que las tendencias sado-masoquistas quedan lejos de ser un fenómeno exclusivamente patológico (El Dr. Baró* aportará sus reflexiones acerca de una posible prevención primaria de la agresividad).

Y es que cuando, desde nuestra posición clínica, decimos algo la importancia de los detalles puede ser terrible. Por ejemplo, pensar y decir: "Este niño no puede quererle porque le odia", es muy parecido pero radicalmente distinto que pensar y decir: "Este niño le odia porque no puede quererle". Como se aprecia hablamos, sabedores o no de ello, desde una teoría pulsional. Saber, o no saber, que amor y odio se entrelazan, puede que convierta nuestras palabras, y sus efectos, de sutiles en brutales. Y si es un privilegio nuestra posición de prevenir, es decir curar en su origen, son también grandes los riesgos que corremos de intervenciones desafortunadas.

Porque estoy convencido de la trascendencia que pequeños desarreglos tienen y porque creo en la prevención, y tiem-

* Publicado en el N.º 10 de Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil.

po tendremos de debatir acerca del estado actual de la prevención en nuestra psiquiatría infantil, me alegro de la elección del tema de este Congreso. Estoy seguro que nos estimulará a lo que, por citarle una vez más en forma de homenaje voluntario a su reciente desaparición, Ajuriaguerra consideraba tarea fundamental del psiquiatra “estudiar al hombre desde su comienzo”.

**POLA I. DE TOMAS: MIEMBRO DE HONOR DE
SEPYNA: SEMBLANZA BIOGRAFICA**

Marian Fernández Galindo*

Como todos Vds. saben la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente y, en su representación, su Junta Directiva, ha decidido nombrar Socio Honorario a Pola Ivancich de Tomás, habiéndose elegido este VII Congreso para hacer efectivo dicho nombramiento.

Si es lo habitual que esta clase de honores sirva como reconocimiento a una vida dedicada a un trabajo, a una carrera culminada, no es éste el caso de Pola de Tomás ya que, siendo maestra de terapeutas, es además una joven y combativa miembro de esta profesión. Todos los asiduos a nuestros Congresos sin duda reconocen en ella a una apasionada participante en coloquios y discusiones, que caracteriza con su presencia sin falta todas nuestras actividades.

Pola Ivancich Montserrat, nacida en Rosario, provincia de Santafé República Argentina descendiente –como denuncian sus apellidos– de croatas y mallorquines, inicia su análisis personal con el Dr. Enrique Racker, al mismo tiempo que entra en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires.

Pronto descubre en su análisis su vocación por el mundo infantil, de tal modo que al comenzar su formación en el seno de la Asociación Psicoanalítica Argentina, inmediatamente to-

*Psiquiatra. Vicepresidente de S.E.P.Y.P.N.A.

ma contacto con Arminda Aberastury, entusiasta introductora del Psicoanálisis Infantil y de las teorías de Melanie Klein en el seno de la Asociación, y con Betty Goode de Garma, la primera psicoanalista de niños formada por Aberastury, y comienza con ellas su formación teórica y clínica. De modo que Pola Tomás, así es reconocido, pertenece a la Tercera Generación de psicoanalistas que han creado el movimiento psicoanalítico de niños argentino.

En esa época, el reglamento de la APA exigía que los candidatos no médicos asistieran diariamente y durante un período de un año al Servicio de Psiquiatría, sección hombres, del Dr. Enrique Pichon Riviere, en el Hospital Psiquiátrico Dr. Borda, más conocido por Hospicio de las Mercedes, con objeto de conocer el trabajo clínico con pacientes psicóticos. Pichon Riviere, psiquiatra y psicoanalista, uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina, hombre de extensa cultura y gran conocedor y amante de la pintura, pone de relieve la importancia de aquella para los psicóticos tanto como expresión de su mundo de fantasía, como por su valor terapéutico. Compra de su propio bolsillo lápices, óleos, témperas, lienzos y caballetes y estimula a los pacientes a dibujar y pintar. De esta manera, consigue reunir una importante colección de pintura de pacientes psicóticos y esquizofrénicos y comparte con sus alumnos un intento de interpretación de ese mundo fantasmático expresado en un papel o en un lienzo.

El entusiasmo que todo esto despierta en Pola Tomás la lleva a prolongar dos años más su asistencia al psiquiátrico. De su contacto con Pichon nace su interés por el dibujo y la pintura, que hará extensivo al estudio de los pacientes infantiles. En ese terreno, se ve también apoyada por Arminda Aberastury quien siempre valoró en grado sumo el dibujo del niño tanto como instrumento diagnóstico como en el curso de tratamiento.

El primer paciente infantil tratado por Pola Tomás, un caso muy poco apropiado para una principiante, fue un niño de 6

años afectado de un autismo severo, en un momento en el cual en Buenos Aires se conocía muy poco sobre este tipo de patología.

Por esa época, llega a Buenos Aires, procedente de Londres Emilio Rodríguez, psicoanalista argentino que venía de ampliar su formación en el seno del grupo kleiniano de la Sociedad Británica y en la Tavistock Clinic, trayendo la experiencia adquirida allí en autismo. Pola inicia una supervisión con Rodríguez, quien es el primero que le habla directamente de la Dra. Paula Heimann, a quien ya conocía por sus escritos. En aquel momento no podía imaginar que, años más tarde y cuando ya residía en Madrid, supervisaría con ella durante 7 años viajando periódicamente a Londres. Paula Heimann, siendo básicamente psicoanalista de adultos, se destacó siempre por su particular interés por la patología y el sufrimiento infantiles.

De ese primer caso, la experiencia más importante que extrae Pola es la constatación de que el abordaje de la patología severa en los niños es casi imposible si no se tienen en cuenta al mismo tiempo las necesidades de apoyo y tratamiento a sus madres.

Terminada su formación psicoanalítica y bajo el auspicio y supervisión de Arminda Aberastury, forma un pequeño equipo con sus compañeros Dres. Susana Lustig y Diego García Reinoso para introducir el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en el Servicio de Pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires. Esta fue la primera vez que el psicoanálisis entraba en un hospital privado. Si al principio hubo ciertas reticencias pronto se convirtió en un centro importante donde se trabajaba con pacientes ambulatorios e ingresados.

También por primera vez en ese campo y siempre con el estímulo de Aberastury, Pola Tomás toma contacto con M.^a Inés Egozcue, Catedrática de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires para orga-

nizar la preparación psicológica del niño para la intervención odontológica con el fin de evitar su efecto traumático.

Durante un período de tres años, participa con un grupo de colegas en los cursos de divulgación del psicoanálisis infantil para estudiantes de medicina en la Facultad Medicina de la Universidad de Buenos Aires y, más tarde las Conferencias sobre Psicoanálisis que organiza la Asociación Psicoanalítica Argentina en el Colegio de Médicos de Buenos Aires.

Fruto también de su colaboración de tantos años con Aberastury fue, junto con Susana Lustig, la participación en su primer libro "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños" que hoy un clásico entre las publicaciones en castellano sobre análisis infantil.

Y ya como profesora de seminarios en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina aborda preferentemente el tema del análisis de niños, materia por entonces obligatoria en la formación de analistas.

Encuentra en su compañera de seminarios, la Dra. Aurora Pérez psiquiatra y psicoanalista, jefe del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Lanús, una inestimable colaboradora. Comparten ambas una misma idea: ofrecer a los alumnos una formación no restringida a un único esquema referencial, el kleiniano, sino un estudio de las principales corrientes del pensamiento psicoanalítico infantil en ese momento, de tal manera que cada cual pudiese configurar su propio esquema referencial.

Cuando el Dr. Alberto Campo, prestigioso psiquiatra infantil psicoanalista didáctico de la APA, asume la jefatura de Servicio de Psiquiatría del Hospital de Niños Dr. Rufino Elizalde, de Buenos Aires, Pola Tomás acepta su invitación para colaborar, supervisando el trabajo que psicólogos y psiquiatras de orientación psicoanalítica realizaban. En ese momento, el Servicio, bajo la entusiasta dirección del Dr. Campo, se amplía. Ya

no sólo se trabaja en consultas externas e interconsulta sino que se organiza un trabajo de preparación para las intervenciones quirúrgicas, desde una simple amigdalectomía hasta intervenciones de alta cirugía atendiendo no sólo al paciente, a sus padres y familiares sino también al equipo tratante de médicos y enfermeras, tarea que Pola Tomás sigue supervisando hasta que tanto el Dr. Campo como ella misma poco después, se trasladan a España.

En Enero de 1973, aproximadamente seis meses después de llegar a Madrid, Pola Tomás da una conferencia sobre Psicoanálisis Infantil en el Servicio de Psiquiatría del Dr. Rallo, de la Clínica de la Concepción, en la que trata sobre la hora de juego diagnóstica y las vicisitudes del tratamiento de un niño latente con una patología pre-psicótica. A la salida, se presentan dos residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Leganés, Luis Guzmán y José Jaime Melendo, que le manifiestan sus inquietudes en relación con la situación de cambio que están viviendo en su hospital. Como saben Leganés era un viejo manicomio situado en uno de los pueblos de la periferia industrial de Madrid que, merced a una serie de vicisitudes administrativas y políticas, está abatiendo su muros y abriéndose a la población. Ha iniciado (en aquel momento, hace 20 años) un proceso de sectorización dedicando sus equipos (que cuentan con un personal excesivo para la atención exclusiva de los pacientes crónicos, cuyo número por fortuna está disminuyendo) a crear centros de Salud Mental ambulatorios. El municipio de Leganés y sus vecinos, Móstoles y Alcorcón - que es el sector que atiende el hospital - ha pasado en una década de menos de 8.000 habitantes, cada uno, a 180.000 para Leganés y cifras parecidas para los otros dos. Por tanto, es imposible pensar en atender a esa población si tener un cuenta que está compuesta básicamente por *niños*.

Sensibles a esa realidad, un grupo de jóvenes psiquiatras y psicólogos está asumiendo la tarea de responder a una demanda rápidamente creciente de atender niños y adolescen-

tes, pero sin ninguna posibilidad de apoyo por parte del staff del hospital, psiquiatras de adultos todos ellos.

Y Pola Tomás se pone a trabajar, generosa y desinteresadamente, dirigiendo y asesorando aquel grupo, (Pola insistió en que los nombre a todos: además de los ya mencionados, Dres. Guzmán y Melendo, estábamos Lucía Alvarez Buylla, Ignacio Avellanosa, Inmaculada Azcorra y yo misma), un grupo entusiasta y voluntarista al máximo pero desprovisto de bagaje teórico y clínico, también al máximo. Ella diseñó el programa de atención que podíamos usar, teniendo en cuenta realísticamente nuestras circunstancias, se ocupó de aconsejarnos en lo teórico y supervisó nuestro trabajo durante varios años. Trabajábamos con grupos de niños y grupos simultáneos de sus respectivas madres, siempre con una pareja (pareja de diferente sexo) de terapeutas y con sesiones semanales. Y semanalmente también Pola nos ofrecía una supervisión colectiva, que tenía lugar en su consulta privada.

De aquel trabajo de Pola Tomás puedo hablar ya en calidad de testigo y protagonista y he de decir que no hay uno sólo de los miembros de aquel grupo pionero que no haya visto su vida profesional marcada por aquella experiencia. Al comenzar, solamente uno de nosotros, Luis Guzmán, había iniciado su análisis personal con la intención de ser psicoanalista y, después del tercer año de trabajar con Pola ya éramos cinco. Y también la mayoría de aquel grupo ha continuado trabajando con niños o adolescentes, algunos exclusivamente. Personalmente tengo que decir que siempre he tenido la íntima convicción de que yo soy psicoanalista porque conocí a Pola Tomás y trabajé con ella. Y tengo que decir también que en absoluto ha sido por efecto de una seducción o de un adoctrinamiento. Generosamente, Pola Tomás, miembro didáctico de una Sociedad Psicoanalítica, ofreció su tiempo y su saber a un grupo de terapeutas novatos y, algunos aun, llenos de reticencia –y de resistencias– hacia el análisis. Pero la sabiduría con que Pola escarba e interpreta sobre el dibujo de un

niño o la naturalidad y la empatía con que ilumina la historia familiar, es imposible que no dejen huella.

Después de aquel grupo, hubo otros muchos interesados por el trabajo infantil, que llevaron a Pola Tomás a dedicar, gratuita –y desinteresadamente, una mañana completa por semana para supervisar su trabajo en las mismas dependencias del hospital, en el ambulatorio de la Casa de la Cultura de Leganés y en el Centro Psicosocial de Móstoles, en cuya creación trabajó de lleno el Dr. Salvador Mascarell.

Testimonio de la tarea realizada son las ponencias que el equipo de niños presenta en varias ocasiones, con intervenciones clínicas, proyección de dibujos, etc. que muestran la calidad del trabajo cuando, a pesar de una deficiente infraestructura, hay un buen equipo. De todos aquellos que Pola sensibilizó e inició en el trabajo con niños y un buen número de ellos son hoy miembros de S.E.P.Y.P.N.A.

A lo largo de todos estos años y en su consulta privada, Pola Tomás ha seguido realizando entrevistas diagnósticas con niños, entrevistas y ayuda a padres y supervisiones tanto de psicoanálisis individual infantil como de trabajo en la red pública con niños.

Respecto a su relación con S.E.P.Y.P.N.A., pienso que es conocida por todos Vds. Desde su fundación, S.E.P.Y.P.N.A. ha tenido en ella una valedora incondicional y el miembro más activo. Ha asistido a todos nuestros Congresos y Reuniones científicas, habiendo pronunciado la Lección Inaugural en dos ocasiones, en 1985 y en 1990 y, respecto a su participación en todo debate que haya promovido su interés, todos los que la conocen seguro que la recuerdan y aquellos de entre Vds. que asistan hoy por primera vez a nuestras actividades, les aseguro que, cuando el Congreso termine, la habrán escuchado también.

Creo que Pola ama a S.E.P.Y.P.N.A., y S.E.P.Y.P.N.A. ama a Pola, porque desde el comienzo se han identificado mutua-

mente en sus intereses y en sus objetivos. Porque la trayectoria profesional de Pola Tomás como psicoanalista de niños, merecida a lo largo de muchos años, muestra básicamente tres cosas:

- Un profundo y auténtico interés por la psicopatología infantil y por el mundo del niño.
- Su deseo de llevar el psicoanálisis más allá de los límites de una consulta privada y de una Asociación Psicoanalítica, a otros espacios, como son las instituciones hospitalarias, Asistenciales y Universitarias, y a muchos otros pacientes.
- Su intención de realizar estas tareas de forma seria y rigurosa, modificando la técnica pero, en ningún caso, la teoría y sin convertir a la psicoterapia psicoanalítica en una forma “menor” sino en algo diferente y para lo cual ha sido preciso crear otros parámetros.

Y termino, agradeciendo a S.E.P.Y.P.N.A. que me haya permitido, al realizar esta presentación, darle a Pola Tomás públicamente las gracias por ayudarme con su generosidad y su magisterio a aprender un poco de la teoría y de la técnica y, lo que al final es más importante, de la ética del psicoanálisis.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS DEL PUERPERIO Y DE SU REPERCUSIÓN SOBRE LAS FUNCIONES MATERNALES*

Concha Santos Castroviejo**

Aunque cada niño tiene ya desde su nacimiento unos rasgos que le pertenecen, y unas características propias que le distinguen de los demás y que le vienen dados tanto por su equipamiento genético, como por su herencia filogenética, sabemos también que en la escala animal, es el bebé humano, por su prematuridad biológica, es el ser que más largo tiempo necesita depender de su entorno para sobrevivir

Tras el parto, como si de una continuación de la vida intrauterina se tratara, el bebé tiene que ir pasando muy progresivamente de una situación de total dependencia, a la adquisición de su autonomía.

Es éste un proceso necesario no solamente para el desarrollo de sus órganos y sistemas todavía inmaduros, sino que es también fundamental para la estructuración y la organización de su funcionamiento psíquico, que en el momento de su nacimiento es aún embrionario.

Este entorno, necesario para que el bebé pueda ir organizando su psiquismo, está constituido por aquellas personas

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Psiquiatra del Centro de Promoción de la Salud de Arganzuela. Madrid.

que van a ocuparse de alimentarlo, mirarlo, sonreírle, cambiarle los pañales, bañarlo, mimarlo, hablarle, cantarle, acunarlo, etc.

Estas funciones, que están reservadas generalmente a los padres, y más específicamente a la madre, son las funciones maternas, que además de las tareas de crianza, incluyen aquellas actitudes y cuidados capaces de despertar en el bebé, un interés y una curiosidad por descubrir su mundo y el mundo de los demás.

Parece prodigioso sin embargo, que en una desigualdad como la existente entre una madre desarrollada, adulta, capaz de reconocer sus deseos y de poner en palabras sus pensamientos, y un bebé indefenso, inmaduro, que apenas reacciona a sus sensaciones de placer y desagrado durmiéndose o agitándose, pueda lograrse una comunicación tan extraordinaria como las que va a establecerse entre ambos.

Para ello la madre va a necesitar también todo un proceso de adaptación en ella misma, que la haga capaz de acoplarse a las condiciones necesarias para que estos intercambios puedan producirse de forma fructífera. Cuando una mamá sabe “adivinar” las necesidades de su bebé, “entender” sus mensajes gestuales y responder a “sus deseos” (lo digo entre comillas porque la mamá no sabe lo que el bebé necesita, expresa o desea, sino que lo imagina, con unas referencias que son las suyas propias, y lo nombra con un lenguaje que aún no es el de su hijo), está invitando a su hijo a interesarse por ella. Es lógico que el bebé, seducido, satisfecho, responda a este interés.

Y es partiendo de todos estos intercambios y relaciones entre el lactante y su madre, cómo se van esbozando en el bebé de forma rudimentaria, emociones, afectos y deseos que van a dar origen a sus primeras representaciones mentales, que a su vez van a permitir la constitución de las fantasías.

Teniendo en cuenta la idea de Freud al hablarnos de las Series Complementarias es necesario matizar que, la mamá, o en su sentido amplio el entorno del bebé, no es el único factor determinante en el desarrollo del niño, pero señalaré que como objeto de amor para él, y también como indicadora de unos límites, y por tanto objeto de frustración, va a convertirse en pantalla de proyecciones e introyecciones, que sí son determinantes, y que por ello van sin duda a marcar las condiciones futuras del desarrollo de su personalidad y de su funcionamiento mental.

Considerando la inmadurez del ser humano a la que me refería al principio, y por tanto su dependencia del entorno para la consecución de su autonomía, quisiera subrayar que, no solamente en estos períodos precoces y en la pequeña infancia son importantes las aportaciones del exterior, sino que es fundamental favorecer como preventivistas, el adecuado ejercicio de las funciones parentales a lo largo de toda la edad evolutiva, hasta la finalización del período de la adolescencia, realizando así un importante trabajo de prevención de posteriores trastornos de aprendizaje, déficits, fallos estructurales más o menos graves, problemas afectivos que puedan condicionar seriamente sus relaciones con los otros.

En esta exposición intento abordar los trastornos psíquicos del puerperio, considerando toda la importancia requerida aquí por el estado de la madre, de la cual van a depender, en gran parte, la calidad de las funciones maternas, tanto más importantes cuanto más precozmente sean tenidas en cuenta.

EL PUERPERIO: DEFINICION, ENFOQUE CLASICO Y FORMAS CLINICAS DE LA DEPRESION PUERPERAL

Se conoce por puerperio, el período que transcurre desde el parto, hasta que los órganos genitales y sus funciones recuperen su estado previo. Su duración es variable según las ca-

racterísticas de la mujer, y las condiciones en las que se desarrolla el parto, pero suelen atribuírsele unos 40 días. Es una etapa que tiene riesgos y complicaciones frecuentes y propias, como fiebres, infecciones, flebitis, anemia, etc. Tiene también características específicas entre las que subrayo importantes reajustes hormonales que además de otras funciones conllevarán el establecimiento de la lactancia. Además es en este período cuando la mujer se confronta a la tarea de la maternidad y la realización de las funciones maternas solicitadas por su bebé.

El puerperio, incluyendo naturalmente en él la crianza del bebé en los primeros meses de vida, es la tercera y última fase, de un proceso único que abarca también el embarazo y el parto, y que en su conjunto constituye uno de esos períodos descritos por Erikson y Caplan como crisis evolutiva.

Ella implica una serie de reajustes necesarios para poder ir adaptándose a los cambios y modificaciones que van teniendo lugar no sólo en la vida de la mujer y de su pareja, sino en ella misma, en el interior de su cuerpo y en lo más profundo de su psiquismo.

Es probablemente, partiendo de las transformaciones corporales que suceden en el organismo de una mujer, que se despiertan en ella temores, ambivalencias, deseos, fantasías, etc., que la confrontan a su identidad sexual femenina, la manera como ha ido organizando sus relaciones sociales, la relación con su pareja, con sus padres, etc., lo que inevitablemente implica las relaciones inconscientes con sus objetos internos, con las imagos parentales.

La complejidad de estas transformaciones y reajustes, suponen una mayor fragilidad no sólo física sino psíquica quedando el terreno de la vida emocional y afectiva más vulnerable.

Por ello, es fácil encontrar que aún en mujeres suficientemente equilibradas psíquicamente, se produzcan en éste perí-

odo manifestaciones emocionales o psicopatológicas que requieran atención especial, incluso a veces del especialista de salud mental.

Ligados al puerperio conocemos clásicamente trastornos psiquiátricos particularmente de tipo depresivo que pueden ser clasificados según la gravedad de sus manifestaciones en menores y mayores.

Los clasificaremos en cuatro cuadros:

- Depresión puerperal leve.
- Depresión puerperal menor.
- Depresión puerperal mayor.
- La Psicosis puerperal.

1. La depresión puerperal leve

Llamada también depresión del tercer día, o “Maternity Blues” por los anglosajones, es bastante frecuente. De carácter banal, la sufren entre un 50% y un 70% de las puérperas. Las manifestaciones de tipo depresivo aparecen el tercer día. La mujer se siente cansada, apenada, llora, está muy sensible a cualquier comentario, ansiosa, abatida, con dificultades para dormirse, tiene el sentimiento de no ser capaz de atender a su hijo. Es un cuadro pasajero que no comporta riesgos ni a corto ni a medio plazo, y remite en unas horas o en tres o cuatro días.

Suele relacionarse con la caída de las tasas de estrógeno y progesterona que coincide con ese momento.

Desde el punto de vista terapéutico, suele ser suficiente una actitud de apoyo del entorno.

2. La Depresión puerperal menor

Se trata de un cuadro depresivo que se va manifestando lentamente desde las primeras semanas y que puede durar de

dos a cuatro o cinco meses. El cuadro clínico es similar al descrito en la depresión puerperal leve: inseguridad, insomnio, anorexia, confusión, llanto, fatiga, ansiedad, sentimiento de incapacidad... pero en este caso por su persistencia suele entorpecer la función maternal y la relación conyugal.

Aunque es mucho menos frecuente, se estima que lo sufren un 10% de puérperas, y desde el punto de vista terapéutico es importante un abordaje psicoterapéutico.

3. La Depresión puerperal mayor

Comienza como la menor, de forma progresiva desde las primeras semanas y sus síntomas se manifiestan durante algunos meses. El cuadro clínico florido se manifiesta en torno al mes y medio o dos meses, como una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y mucha ansiedad en relación al niño. Este cuadro puede comenzar también con una sintomatología maníaca, que posteriormente va tomando forma depresiva. Además de un tratamiento psicoterapéutico, esta forma de depresión necesita un tratamiento farmacológico sin excluir la hospitalización psiquiátrica en caso de riesgo de suicidio o infanticidio (filicidio).

Comentaré que en caso de hacerse necesario una hospitalización de la puérpera es aconsejable que pueda ingresar con su bebé.

También es importante tener en cuenta que todos los fármacos psicotrópicos pasan a la leche materna. Por ello en período de lactancia materna tendremos que valorar y elegir entre:

- a) Los efectos de los psicotrópicos sobre el bebé.
- b) Las consecuencias de no tratar farmacológicamente a la madre, lo que prolongaría sus dificultades de respuesta y de relación con el bebé, o bien,

- c) Sustituir la lactancia materna por la adaptada provisional o definitivamente.

4. La Psicosis puerperal

Se trata de una entidad clínica que, como la anterior, plantea una situación seria de alto riesgo.

Aparece bruscamente de manera más frecuente del tercer al décimo día después del parto, pero puede aparecer hasta el sexto mes.

Estos episodios se manifiestan por cambios bruscos de humor pasando de la tristeza a la euforia con agitación e ideas delirantes. La gravedad de este cuadro viene dada sobre todo por lo incontrolable de los cambios, que pueden desembocar con mayor riesgo que en el caso anterior en un suicidio o infanticidio. Es por ello necesaria una vigilancia y un tratamiento antipsicótico sedativo o incisivo según sea la actividad delirante. Este seguimiento es aconsejable que se realice preferiblemente en medio hospitalario y a ser posible con el bebé. El episodio tiene una duración breve, generalmente de unos días, pero es muy angustioso para los familiares de la enferma, siendo importante por ello un apoyo familiar. Pasado el brote agudo es necesario un seguimiento ambulatorio de la puerpera y/o de su familia según la vivencia que haya dejado en ellos la dramática experiencia que acaban de vivir.

FACTORES QUE ESTAN EN JUEGO EN LA DEPRESION PUERPERAL

Las investigaciones realizadas sobre los trastornos psíquicos en el postparto, han tratado de encontrar entre los muchos factores que concurren en este período, la causa y la explicación de los mismos:

- Se han hecho estudios en clínicas maternas y consultas obstétricas, analizado ingresos psiquiátricos, valorado grupos de preparación al parto y a la maternidad.
- Se han elaborado cuestionarios buscando relaciones con rasgos genéticos, hereditarios, antecedentes familiares o personales de historia psiquiátrica previa.
- Se han hecho pruebas de laboratorio.
- Se han analizado influencias socioculturales sobre el rol de la mujer en la maternidad.
- Se ha intentado correlacionar datos sociodemográficos como edad, situación social, actividad, estado civil, número de hijos, legítimos, ilegítimos, etc.
- Se han valorado factores variables asociados al desarrollo del parto o con el bebé, instrumentalización, prematuridad, sexo del bebé, etc.
- También se ha estudiado su relación con síntomas durante el embarazo y/o los ciclos menstruales.

Realmente los resultados aunque aportan algunos datos que debemos tener en cuenta, no han dado una visión clarificadora de este problema, al no haber podido ofrecer resultados significativos entre las variables estudiadas. En algunos casos estos resultados son incluso contradictorios.

Algunos psicoanalistas han hecho aportaciones importantes a la comprensión de estos problemas, buscando su explicación en las fantasías inconscientes que no han podido ser adecuadamente elaboradas.

De los factores generalmente tenidos en cuenta por todos los estudios resumiremos:

1. Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.
2. Factores ligados a vicisitudes del parto, al estado de salud del recién nacido, y a las características propias del bebé.

3. Factores ligados al entorno. Factores familiares, factores socioculturales.
4. Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos.

1. Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.

Son bien conocidas las modificaciones hormonales que tienen lugar en el puerperio: descenso de estrógenos y progesterona cuya cifra mínima se acusa, al tercer día después del parto.

Es bastante sugestiva la hipótesis de una relación entre las diferencias de nivel de las cifras de progesterona al final del embarazo y al tercer día después del parto, y la aparición de síntomas depresivos en la puérpera, aunque parece dársele más valor al descenso brusco de estas cifras. Sin embargo esta hipótesis no explicaría los trastornos más tardíos.

Otros datos a valorar son: la fatiga, consecuencia del trabajo y del estrés del parto, de una posible anemia, de un importante cambio en el ritmo y el tiempo del sueño, de la lactancia, etc. Tampoco sabemos cuál es el correlato emocional del proceso de involución del organismo y ciertos órganos (útero, vientre, etc.).

Podemos considerar también las consecuencias de algunas limitaciones provocadas por los puntos de cesárea o episiotomía, posibles hemorroides, restricciones de alimentos o tabaco desaconsejables en la lactancia y privaciones en la relación sexual, etc.

2. Factores ligados a vicisitudes del parto, al estado de salud del recién nacido y a las características propias del bebé.

Aunque algunos estudios no hayan establecido relaciones significativas entre trastornos emocionales de la puérpera, y

factores ligados al desarrollo del parto o al estado del recién nacido, aparece sin embargo un mayor número de mujeres afectadas, por incidencias en el paritorio que hayan derivado en intervenciones no previstas, como anestesia, cesárea, etc.

El nacimiento de un niño muerto, supone un trauma serio que precisa una ayuda psicológica. También el nacimiento de un prematuro, o un recién nacido con depresión de funciones vitales (Apgar: menor o igual que 6 a los 5 minutos) que necesite incubadora o atenciones médicas especiales, un niño con enfermedades genéticas (síndrome de Down), un niño con rasgos dismórficos de los llamados por los pediatras “niño feo”, o bien malformaciones congénitas visibles como labio leporino, etc., etc.

En la respuesta materna influyen además las características propias del recién nacido, en la medida en que sus estímulos, su actividad, sus rasgos cubran o defrauden las expectativas maternas en esos primeros contactos entre ambos. Levobici habla de la desesperación de las madres con el llanto del bebé y sus dificultades para ser consolado.

3. Factores ligados al entorno. Factores familiares. Factores socioculturales

Las adaptaciones al bebé que va a venir, movilizan a la vez varios aspectos: la vivienda y el espacio físico de la pareja, las relaciones con las familias de origen de cada uno de los padres, la vida laboral, las amistades, etc.

Mantener un equilibrio en todo este proceso, resulta a menudo una tarea psíquica compleja, que obliga a la mujer a precisar poco a poco su identidad, tomando conciencia de sus límites, aceptando renunciaciones, asumiendo responsabilidades nuevas a las que no había tenido que confrontarse anteriormente.

Esta tarea, junto a los cambios personales que en la mujer están teniendo lugar, nos ayuda a comprender su particular sensibilidad a lo largo del embarazo y parto, sensibilidad que se incrementa después de dar a luz.

Por eso es tan importante la actitud que ella percibe en los cuidados del personal sanitario hacia ella y su bebé. Tal vez por su particular vulnerabilidad, suele retener de su estancia en la Maternidad, huellas muy claras, como recuerdos de frases, gestos, preguntas o comentarios que han despertado en ella inquietudes, culpas, heridas narcisistas, que tiñen sus emociones marcando la relación con su bebé.

Del mismo modo está también muy pendiente de las manifestaciones mostradas por las personas de su entorno significativo particularmente su marido, pero también de forma muy importante sus padres y suegros quienes con sus comentarios, su apoyo, presencia o ausencia, reavivan o apaciguan en ella temores, ilusiones o deseos.

También y aunque muy brevemente mencionaré los trabajos que analizan el papel social de la mujer y su repercusión en la maternidad, trabajos que consideran las diferencias históricas y culturales de la mujer respecto al hombre, la discriminación social de las tareas y desvalorización de las “femeninas” frente a las “masculinas”, etc. Esta carga peyorativa hacia las tareas de la mujer, que en este período de la maternidad la implican particularmente, pondrían de relieve entre otras cosas, la insatisfacción y las vivencias depresivas de la mujer en el puerperio.

4. Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos

Es indudable que el hecho de considerar esta experiencia para la mujer, como un período en el que se producen tantos cambios, introduce tantas variables que no ofrece dudas afir-

mar que en los trastornos emocionales de la puérpera influyen factores de muy diversa naturaleza, que se interrelacionan entre sí entorpeciendo o favoreciendo la evolución de esta crisis.

Sin embargo al reflexionar sobre todas estas causas tan rápidamente esbozadas, así como sobre los casos que he podido estudiar con más detalle, tanto en mi experiencia de consulta de niños, como con las madres preparadas al “Programa Materno Infantil” en el Centro de Promoción de la Salud donde trabajo en Madrid, encuentro muchas veces explicaciones suficientemente válidas de estos trastornos en razones de naturaleza psíquica. Pondré un ejemplo: cuando el hijo es deseado y buscado, como fruto de un proyecto compartido en la pareja, que goza de la experiencia de una sexualidad satisfactoria, en la que se puede sentir la generosidad de dar y el placer de recibir; cuando los miembros de esta pareja han podido molestar, atacar a sus padres en su período adolescente, y han podido después reconciliarse con ellos, admitiendo sus diferencias; cuando por último estos futuros padres, esta futura madre puede disfrutar preparando su maternidad, significaría todo ello que a lo largo de su desarrollo habría podido ir resolviendo y elaborando adecuadamente los conflictos psíquicos propios de las diferentes fases de la evolución pregenital, y de su neurosis infantil. Esta madre y este padre parecen haber logrado interiorizar su identidad sexual psicológica y afirmar su autonomía. La fortaleza y solidez de su bagaje psíquico no les evitará conflictos ni crisis, pero parecen estar suficientemente capacitados para resolverlos sin desorganizarse o descompensarse.

Abundando en ello podemos pensar que factores como una edad temprana o tardía de un embarazo, un hijo no deseado, o sobreinvertido, buscado para dejar a los padres, casarse, unir la pareja, evitar un duelo, remediar problemas, apoyar a uno de los padres, o excluir a uno de los padres, satisfacer a un hermanito, reivindicar la feminidad, etc., etc., suelen indicar problemas psíquicos que si no se manifiestan en estos pe-

ríodos, con frecuencia los vemos más tarde en la consulta para el hijo. Por tanto cuanto más favorables sean estas múltiples circunstancias más adecuadamente podrá la mujer superar las dificultades de este período.

Desde el punto de vista psicodinámico hay también muchos elementos en juego. La mujer embarazada está confrontada a una doble identificación: a su madre, como madre que va a ser, y a su hijo como niña y bebé que ha sido. Es la confrontación a sus identidades secundaria y primaria. Su embarazo es sin duda un éxito, y el tan deseado logro de tener, como su madre, un hijo. Logro que puede reavivar culpas de antiguos deseos de apropiarse de las cosas buenas que no le pertenecían. Entre ellas queda al descubierto la sexualidad, reservada a los padres, prohibida y considerada sucia para ella, que despierta ambivalentes sentimientos: asco, culpa, vergüenza, curiosidad, envidia, etc.

También quedan al descubierto las fantasías de escena primaria y la vivencia de ser excluida de ella provocando pena, rabia, celos, sentimientos de rivalidad, etc.

Otras fantasías que no es posible abordar ahora, como las que esconden los deseos incestuosos edipianos, las que despiertan las diferencias de sexo en la infancia, etc., tienen su terreno abonado en este período.

Las fantasías que sostienen estos sentimientos, son exteriorizadas por el niño en el juego, vividas en sueños y cuentos, escenificadas en las relaciones con sus compañeros, simbolizadas en sus síntomas, etc. Son en su conjunto el núcleo de la neurosis infantil de la que hablan Levovici y Diatkine. Neurosis infantil que acallada con el desarrollo, se despierta con el embarazo y la llegada del bebé, actualizando en la mujer sentimientos y vivencias de antaño.

Pero hablaba antes también de la identificación de la madre al bebé, como niña que ella fue.

Es sabido que la embarazada hace una regresión, que a la vez que la protege del exceso de excitaciones que se despiertan en ella, como antes esbozaba, le ayuda a investir a su bebé, pensar en él, imaginarlo, fantasearlo. La embarazada va creando así una relación muy estrecha con su bebé imaginario, el bebé que se está haciendo en ella, que es parte suya. Lo colma de atributos, deposita en él sus ilusiones, repara con él sus fallas, realiza sus proyectos, etc. Lo que al principio del embarazo había despertado tantas inquietudes, va poco a poco convirtiéndose en una relación idílica con su hijo hasta alcanzar un sentimiento de plenitud.

Los deseos de una relación fusional son ahora posibles, en esa convivencia de dos en uno.

Pero el parto viene a deshacer ese idilio, al permitir a la madre tener a su bebé real con ella, fuera de ella. Y junto a la alegría de ver coronados sus deseos, aparecen aquí dos elementos que sin duda influyen en las vivencias de la mujer.

Por un lado la sensación de haber perdido algo que hacía parte de sí misma, y que, al salir afuera, deja su vientre vacío. Aunque su bebé está con ella, no está ya en ella, rompiendo así esa fantasía fusional y dejándole la tristeza de un vacío. Por otro lado la madre tiene en esos momentos que adaptar el bebé de sus fantasías a su bebé real, lo que supone recoger sus proyecciones, renunciar a la omnipotencia narcisista y aceptar la relación dual, y triangular. Es todo el proceso que tras la des-simbiotización va a llevar a la madre a vivencias de separación-individuación que ponen en juego su identidad primaria y también la secundaria.

Ilustraré con dos ejemplos recientes alguno de estos aspectos:

Hace unos días una madre que en su embarazo se complacía visiblemente mostrando su vientre, tuvo que hacer frente a las dos horas de dar a luz, a la separación de su hijo tras-

ladado a cuidados intensivos por una neumonía. Me decía en su depresión: “Es que yo me quedé sola. Yo al niño ahora lo necesito”. Esta madre estaba expresando toda su dificultad para poder elaborar sus procesos de separación y sus primeras identidades, al faltarle su bebé real, apoyo necesario para poder salir de su fantasía fusional, al no poder verse reflejada en él como objeto narcisista, y objeto de sus proyecciones.

En otra ocasión, al preguntar a una madre que vino a consulta porque su hijo de tres años y medio aún no decía más que cuatro o cinco palabras cómo se había sentido después de tener al niño, me decía: “Estuve bastante tiempo con la depresión esa que te da cuando ves que el niño ya no es tuyo, que ya es de todos”.

UN MODELO DE ATENCION Y PREVENCION DE LOS PROBLEMAS PSIQUICOS DEL PUERPERIO

He mencionado antes algunas de las indicaciones terapéuticas a tener en cuenta cuando la puérpera atraviesa dificultades psíquicas. Sin embargo, muchos de los casos que necesitarían una ayuda, no son fácilmente detectados, excepto cuando sus manifestaciones clínicas son muy llamativas, o necesitan hospitalización.

El abandono de la mujer a sus sufrimientos y la falta de apoyo psicológico en esos momentos, tiene indudables repercusiones sobre la capacidad de atender y ocuparse de su bebé, de desarrollar sus funciones maternas. Esto, a la vez confirma sus sentimientos de incapacidad, aumentando su insatisfacción, lo que entretiene y alarga el círculo cerrado de sufrimiento en la mujer.

Si es difícil diagnosticar estos cuadros, es en parte debido a deficiencias del sistema sanitario, como la escasa cobertura psicológica ofrecida a la mujer en el embarazo, parto y puerperio entre otras razones por la escasez de profesionales. Pe-

ro además también, porque sus síntomas, al aparecer de forma insidiosa y frecuentemente ser vividos con vergüenza y culpa, la mujer suele atribuirlos a las consecuencias del cansancio, falta de sueño, cambio de vida, etc. “Eso ya se te pasará” o “Tómate unas vitaminas” son ejemplos de frases que pretendiendo animar a la madre depresiva, la van conformando con su pena.

Mi impresión compartida con otros compañeros que dedicamos un tiempo de nuestra profesión a un trabajo preventivo con las parejas que vienen al Programa Materno Infantil es que por un lado vemos en las mujeres que han participado, una menor proporción de trastornos graves en el puerperio, y que además estas mujeres, o sus parejas, solicitan más fácilmente la consulta de salud mental cuando tienen problemas.

Por la importancia que doy a estos aspectos expondré brevemente el contenido del Programa Materno Infantil como lo realizamos en el Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, en el distrito de Arganzuela desde 1987.

Va dirigido a la población general que vive o trabaja en el distrito.

Concebido como un trabajo interdisciplinario lo desarrollamos: un profesional de salud mental, una matrona o enfermera, una trabajadora social y una pediatra.

Se lleva a cabo con grupos de parejas, constituidas por fechas probables de parto (FPP), y se desarrolla en dos ciclos: uno antes del parto y otro después de dar a luz.

La trabajadora social organiza los grupos con mujeres de 30 a 35 semanas de embarazo (octavo o noveno mes) quedando entre la primera y la última unas 5 ó 6 semanas de diferencia en sus fechas probables de parto. Ella se encarga de informar telefónicamente de las actividades del programa, al convocar a cada pareja que lo solicita a una entrevista previa.

El ciclo preparto, iniciado con esa entrevista, consta de un trabajo en grupo: un día por semana, al que dedicamos algo

más de dos horas de duración a lo largo de cinco semanas seguidas. La primera hora y media se destina cada día a una charla informativa o película y va seguida de una discusión-co- loquio con las parejas. La otra media hora está dedicada a aprender y realizar los ejercicios y respiraciones preparatorias al parto, y hacer una relajación, todo ello con las parejas.

La entrevista inicial individualizada con cada pareja, la rea- lizamos conjuntamente la matrona o enfermera y el profesional de salud mental que se harán cargo de ese grupo. Suele durar poco más de una hora, y recoge una serie de datos de la his- toria gineco-obstétrica de la mujer, así como datos sociales, familiares y personales de la pareja. Orientada a detectar fac- tores de riesgo bio-psicosocial, conocer el deseo del embara- zo, su evolución, el funcionamiento de la pareja, los proyectos de organización con el bebé y otros posibles hijos, etc., con- lleva a veces alguna intervención preventiva u orientativa, y aunque de forma general se aprovecha para ofertar la consul- ta de salud mental, en ocasiones se concierta ya una cita en ese momento.

Antes de comenzar las charlas, hacemos una sesión con la pediatra para recordar los casos y valorar el abordaje y mane- jo de los factores de riesgo en ese grupo.

En todas las charlas, estamos siempre presentes las dos personas que hemos entrevistado a las parejas, incorporándo- se el cuarto día la trabajadora social y el quinto la pediatra, que asiste unos minutos el primer día para presentarse al grupo y explicar personalmente sus funciones en el programa.

Los contenidos de las charlas abordan los aspectos de la concepción, desarrollo del embarazo, los derechos y aspectos legales de la situación laboral en el embarazo y puerperio, la dinámica del parto, el puerperio, las primeras atenciones y cui- dados al recién nacido. Existe ya una compenetración y una dinámica muy interesante en este abordaje conjunto entre la matrona o enfermera y el profesional de salud mental, dinámi-

ca que invita al grupo a plantear dudas, temores, fantasías, etc. que a lo largo del ciclo tratamos de encauzar y aclarar.

La respiración y relajación a las que aconsejamos venir también a las parejas, son llevados por la enfermera o matrona de ese grupo.

Cuando ha nacido el niño o niña, la pareja nos llama para contarnos como han ido las cosas. Se les da una cita con la pediatra haciéndolo coincidir con el décimo día de vida del niño, para, al tiempo que se realizan las pruebas metabólicas obligatorias, la pediatra realice el primer examen de salud del recién nacido.

En la cita con la pediatra, está prevista la presencia del responsable de salud mental del grupo. Se valora de forma global la estancia en la Maternidad, el desarrollo del parto, la puesta al pecho del bebé, el estado de la madre, sus preocupaciones, la evolución del puerperio, las interrelaciones entre la pareja y con el bebé, la participación de las familias, la forma de manejar al bebé, etc.

Del mismo modo que en la entrevista del parto, en esta entrevista puede valorarse la conveniencia de una intervención inmediata de salud mental, o un seguimiento atento a través del pediatra, que nos derivaría el caso en el momento estimado por ella más indicado.

Una vez que todas las mujeres han dado a luz, comenzamos el segundo ciclo, el postparto, que consta de tres charlas con el grupo. Le dedicamos también unas dos horas cada día, un día por semana, tres semanas seguidas. Organizamos una improvisada guardería (unas sábanas de camilla sobre una o dos colchonetas de relajación), para que los padres puedan presentar a sus bebés en sociedad, tenerlos con ellos y atender a las charlas.

La tercera charla, enteramente dedicada a los cuidados contraceptivos, lo maneja a solas la matrona, ofertándoles ya

el seguimiento del Programa de Planificación Familiar del Centro. En las otras dos charlas estamos los dos profesionales de referencia y la pediatra. Esta se ocupa de abordar los temas relacionados con cuidados, alimentación, vacunas, fiebres, catarros, cólicos, etc., frecuentes en los primeros meses de vida del niño. Estas nociones sirven de base al trabajo que la pediatra hará con los padres y el niño a lo largo de los exámenes de salud, programados hasta los cinco años de vida.

La otra charla corre a cargo del profesional de salud mental, y pretende sensibilizar a los padres a la importancia de las funciones parentales, prepararles a la comprensión de los avatares del desarrollo psicológico del niño, y aproximarlos a separar sus propias vivencias en ese juego de identificaciones y proyecciones con su hijo, al que van a estar confrontados en las diferentes etapas de su desarrollo. Todo ello con vistas a que puedan permitir y tolerar la individuación y autonomía de sus hijos.

Hay naturalmente otros muchos aspectos tratados en la charla, como las relaciones con otros hijos, etc., etc., que los límites de esta exposición hacen imposible describir.

EN RESUMEN:

Al preguntarnos sobre la acción preventivo-terapéutica de estos programas sobre las parejas y la mujer embarazada podríamos valorar cuatro aspectos:

- La importancia de tener una información detallada, seria, fiable sobre todos los pasos que van a ir dando. Esto les permite conocer, preguntar, aclarar dudas, deshacer prejuicios, saber qué hacer, pensar posibilidades no imaginadas y prepararse a ellas, lo que aporta tranquilidad y seguridad a las parejas, y recursos para resolver imprevistos.
- La posibilidad de expresar inquietudes y temores movili-zados por el embarazo, que al poder ser compartidos en

el grupo, permite vivirlas de forma no vergonzosa ni culpabilizante. Además las intervenciones de salud mental recogen del grupo ciertos aspectos generales que permitan mirar a la infancia donde cada padre y cada madre puedan buscar en su historia, recordar, relacionar cosas, fantasear... abriendo así posibilidades elaborativas.

- El seguimiento de estas parejas en varios servicios del Centro (Planificación Familiar, Pediatría), supone condiciones muy favorables para valorar precozmente tanto la aparición de manifestaciones en la mujer, como problemas en el desarrollo psicomotor y de evolución en el niño, facilitando así la intervención terapéutica adecuada.
- El conjunto de todo ello tiene un efecto de "Holding" y de "Maternage", muy importante desde el punto de vista preventivo, para los futuros padres, por lo que supone como aporte a los investimentos narcisistas necesarios a la madre en ese período.

Terminaré mostrando una situación clínica:

A las siete semanas de dar a luz un hermoso niño, al que está amamantando, la Sra. C hace una descompensación maníaca con agitación, confusión, ideas delirantes, etc.

Atendida en urgencias la ingresan con tratamiento neuroléptico en un centro psiquiátrico. Rápidamente cae en un estado depresivo, con ideas delirantes de robo, negación de tener un hijo, negativa a ver a su marido, etc.

Su cuadro remite con tratamiento neuroléptico y es dada de alta a las dos semanas. Es una psicosis puerperal. La única en los 341 casos seguidos en nuestro programa hasta ese momento.

Ocho meses antes, embarazada de tres meses, la Sra. C. viene por primera vez a mi consulta, derivada por su médico general por gran ansiedad. 25 años, soltera, vive independiente; diplomada en Jardín de Infancia, trabaja a gusto en su profesión.

En un juego amoroso con su novio, sin penetración, la paciente queda embarazada.

De acuerdo los dos en seguir el embarazo, que, en la primera consulta está en su tercer mes, ella viene reivindicando un certificado médico que confirme su virginidad, antes de permitirse sus primeras relaciones sexuales completas, exigiendo también un cariotipo de su pareja e hijo “por si en el futuro lo necesitara”.

Sin antecedentes previos, a los 18 años decide dejar a su familia para estudiar en la Universidad en otra ciudad. Dos meses después es hospitalizada y diagnosticada de Psicosis Maníaco-Depresiva. Desde entonces sigue un tratamiento con sales de Litio, hasta un año antes de consultarme.

Una descompensación era previsible.

La Sra. C. había logrado en su infancia devolver a sus padres la ilusión de un hijo varón, al incorporar como propios los deseos frustrados de éstos por no haber sido ella el niño varón esperado. Su desarrollo puberal tardío y conflictivo, pone en evidencia un cuerpo femenino anteriormente rechazado, a la vez que la confronta a sus ambivalentes y frágiles deseos de autonomía. Su incapacidad de elaborar psíquicamente estos conflictos en relación a su identidad, la maneja actuando la separación física: se va a estudiar fuera. Pero su descompensación la devuelve a sus padres. La Sra. C. hará un segundo intento de autonomía, 2 años después marchándose a Madrid donde durante casi 5 años va organizándose y manteniendo, un equilibrio que le permite funcionar aceptablemente con ayuda de una medicación que representa sin duda unos cuidados maternos y un vínculo con sus padres. Es cuando ella empieza a interesarse por los chicos, un año antes de quedarse embarazada, que decide dejar sus sales de Litio. Y este nuevo intento de autonomía, de diferenciación de sus padres, de despegamiento de sus cuidados va a saldarse con un embarazo, que la descompensaría psíquicamente, la lleva a buscar

de nuevo refugio en sus padres. Pondrá así a su novio en una situación difícil por su ambivalencia entre aceptarlo yéndose con él, o rechazarlo yéndose con sus padres.

Un apoyo psicoterapéutico de la paciente, el seguimiento de su embarazo, y su integración en el Programa Materno Infantil, no han evitado su descompensación, pero han ayudado a contener una desorganización seria de su personalidad, permitiéndole aceptar una vida de pareja independiente de sus padres, una sexualidad satisfactoria, y, progresivamente tras su hospitalización, hacerse cargo de su niño, teniendo con él una relación muy adecuada. Ella ha venido los tres primeros años a sus sesiones casi siempre con el niño, que dentro de unos días va a cumplir cuatro años. Recuerdo que sólo dos meses después de su hospitalización y todavía con tratamiento neuroléptico me decía en una sesión: “¿Qué le habrá pasado a mi letra que ha cambiado? Antes escribía diferente. Tenía unos rasgos más fuertes, más agresivos, más viriles... no sé cómo... y ahora no me sale eso, ya no es igual, es una letra más redonda, y la firma tampoco es la misma... no se que habrá pasado...”.

Actualmente la veo cada dos o tres meses. Desde hace dos años no necesita ninguna medicación. Está haciendo una evolución muy adecuada. Va realizando un trabajo psíquico de elaboración de las fantasías de omnipotencia, la problemática de castración, etc., lo que en su vida diaria le ha permitido admitir su relación de pareja, pudiendo hace pocos meses mostrarme con satisfacción su alianza de casada tras celebrar su boda. Boda que al principio del embarazo al no poder asumirla, había anulado precipitadamente.

También tras muchas ambivalencias en sus deseos de tener más hijos (entre otras cosas por no arriesgarse a que fuera una niña), comienza a poder hablarme de sus deseos de tener también una hija, y decide pedir cita en el servicio de Planificación Familiar para asegurarse unas buenas condiciones para su segundo embarazo.

En su última sesión hace tres semanas me dice muy satisfecha que acaban ella y su marido de confirmar que está embarazada y que desea hacer de nuevo parte del Programa Materno Infantil del Centro.

Su hijo, un chaval listo, vivo, resuelto, expresivo, se desarrolla sin dificultades. Se ha integrado bien y ha disfrutado mucho en la guardería donde ella trabaja, y ahora acaba de comenzar la educación Pre-Escolar en otro colegio.

Diré finalmente como anécdota de esta última sesión que la paciente me comenta que desde hace unas semanas su hijo está muy mimoso y la sigue a todas partes, y añade “¿Usted cree que puede intuir ya algo de una hermanita?”.

BIBLIOGRAFIA

- BAR DIN, A.: "La madre deprimida y el niño". Siglo XXI Editores, México. 1989.
- BENHAIM, M.: "Les troubles de la relation à la mère". Ed. Privat. 1992. Toulouse Cedex.
- LE BLANC, M.: "Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII, 1/1989.
- BOWLBY, J.: "Avènement de la psychiatrie du développement". Devenir. Numéro spécial. J. Bowlby. Vol. 4 - 1992. Numéro 4. Ed. Es-hel. Paris et Ed. Médecine et Hygiène Genève.
- BRAZELTON, T. B., CRAMER, B.G.: "La relación más temprana". Ed. Paidos Ibérica, Barcelona 1.990 (y Ed. Paidos Buenos Aires).
- CABALEIRO L.F. Y ESCRIVA, A.: "Salud mental y grupos de prevención en el Programa Materno Infantil". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. N.º 1, 1986. Revista de la SEPYPNA.
- CABALEIRO, L. F. : "Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un Programa Materno Infantil". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. N.º 6, 1988. Revista de la SEPYPNA.
- CAPLAN, G.: "Principios de psicología preventiva". Ed. Paidos S.A., C. F. Buenos Aires. 1980.
- CAZAS, O.; DHOTE, A. Y OTROS: "L'hospitalisation de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII, 2/1990.
- CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F.: "La pratique des psychothérapies mères - bébés". Presses universitaires de France. 1993.
- DECERF, A.: "Les interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXX. 2/1.987.
- FERRARI, PIERRE; BOTBOL, MICHEL Y OTROS: "Etude Epidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIV. 1/1991.

- FREUD: XXII Conferencia de introducción al psicoanálisis 1916-1917.
- GUEDENEY, N.: "Les enfants de parents déprimés". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII 1/1989.
- LAMOUR, MARTINE; LEOVICI, SERGE: "Les interactions du nourrisson avec ses partenaires; évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIV. 1/1991.
- LANGER, M.: "Maternidad y Sexo". Ed. Paidos. Buenos Aires. 4.^a reim-presión. 1980.
- LEBOVICI, S.: "Névrose infantile", névrose de transfert". Rev. Française Le Psychanalyse. 1979-80.
- LEBOVICI, S.: "Le nourrisson, la mère et le psychanalyste". Ed. Paidos. Centurión.
- LEBOVICI, S.: Le Psychanalyste et le développement des représentations mentales". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII. 2/1990.
- LEBOVICI, S.: "Attachement et Métapsychologie". Devenir. Numéro spécial J. Bowlby. L'attachement. Vol. 4 - 1.992. Numéro 4 - Ed. Eshel Paris et Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- LEMAITRE-SILLERE, V.; MEUNIER, A. Y OTROS: "Baby-Blues", depression du post-partum et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII. 1/1989.
- LOWENSTEIN, M. K.; FIELD, T.: "Les effets de la dépression maternelle sur les nourrissons". Devenir n.º 3 - Septembre 1990. Ed. Eshel Paris et Ed. Médecine et Hygiène. Genève.
- MAHLER, M.: Estudios 1. "Psicosis Infantiles y otros trabajos". 1984. Ed. Paidos. Buenos Aires - Barcelona - México.
- MAHLER, M.: Estudios 2. "Separación-Individuación". 1984. Ed. Paidos. Buenos Aires - Barcelona - México.
- MAHLER, M.: "El nacimiento psicológico del infante humano". Ed. Maryman, Buenos Aires. 1984.
- MAZET, P.; LEOVICI, S.: "Autisme et psychoses de l'enfant". Presses Universitaires de France. 1990. París.
- MURUAGA, S.: "Análisis y prevención de la depresión postparto". Serie estudios 2. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.

- ROSENFELD, J.; KOROLITSLKI, E. Y OTROS: "Transformation, déformation, dysfonctionnement des interactions précoces". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII. 2/1990.
- SALVATIERRA, V.: "Psicobiología del embarazo y sus trastornos". Ediciones Martín Roca. S.A. Serie Salud 2000.
- SANTOS CASTROVIEJO, C.: "Los trastornos psíquicos del puerperio". 1.º Congreso de Neuropsiquiatría y Salud Mental de Castilla La Mancha, Junio 1992. Ed. ELA. Grupo Aran. Lab. Beecham S.A. 1993. Madrid.
- SOIFER, R.: "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Ed.:Kargie-man. 1.977. Buenos Aires.
- SOULE, M. y otros: "Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée". Les Editions ESF, 1980. París.
- STERN, D.: "Le monde interpersonnel du nourrisson". PUF. 1989.
- ZUMBRUNNEN, R.: "Psychiatrie de Liaison". Masson. París. Milán. Barcelona. Bonn. 1992.

**REFLEXIONES ACERCA DE LA EVOLUCION
A LARGO PLAZO (EDAD PREESCOLAR) DE BEBES
TRATADOS CON PSICOTERAPIAS BREVES MADRES-
BEBES. ESTUDIO CATAMESICO CLINICO***

D. Knauer y F. Palacio Espasa*****

Después de haber participado en la investigación dirigida por B. Cramer y D. Stern con la colaboración de un equipo de clínicos y de investigadores de la clínica de psiquiatría de Ginebra, nos interesamos por el funcionamiento psicológico y por el futuro psicopatológico de estos niños, de edad precoz, tratados en psicoterapia breve madre-bebé.

Esta primera investigación sobre las psicoterapias breves madre-bebé ha sido presentada en el IV y V Congreso de la WAIPAD (Lugano, 1989, Chicago, 1992) y ha demostrado que los resultados a corto plazo (de 6 meses a un año) eran satisfactorios tanto en el plano de la evolución de los síntomas como en el de las interacciones madre-bebé (1).

Se escogieron 75 diadas madre-bebé, de las cuales se habían estudiado cuidadosamente: los síntomas y el nivel de de-

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

Traducción realizada por Sokoia Lasa y Helena Senra, psicólogo clínico.

**Médico-adjunto, Hospital Universitario de Ginebra "Belle Idée". Clínica de psiquiatría infantil. Ginebra.

*** Psiquiatra. Psicoanalista. Jefe del Servicio Universitario de Psiquiatría Infantil de Ginebra.

sarrollo de los bebés (Symptom Check List, Test de Bayley, Test de KIA,...), los funcionamientos maternos (Test de Beck), (estudios de las representaciones maternas, estudios de los temas fantasmáticos de la madre en el curso de la terapia) y las interacciones madre-bebé (Tests de Ainsworth y de Crittenden) (6).

Nuestro estudio catamnésico es ante todo clínico y hemos vuelto a citar a las diadas madre-bebé que en, su mayor parte, habíamos tratado personalmente con una psicoterapia breve madre-bebé en esta primera investigación (7), (8).

De esta forma, hemos reexaminado 18 casos, dos o tres años más tarde, considerando que no estamos más que al principio de nuestro actual estudio. Sin embargo, los resultados obtenidos nos permiten anunciar ya una reflexión acerca de ello.

En el plano metodológico, dentro de esta catamnesis ante todo clínica, hemos propuesto:

1. Una entrevista clínica sólo con el niño, para evaluar su funcionamiento mental con la ayuda de nuestro cuestionario clínico-dinámico con el fin de establecer un diagnóstico estructural según la Clasificación Francesa (9).
2. A continuación, hemos efectuado una entrevista con la madre y el niño para estudiar la evolución de la sintomatología del niño desde el punto de vista de la madre así como la naturaleza de sus interacciones mutuas. En esta última parte de la entrevista, nos hemos centrado en las madres para estudiar su funcionamiento psíquico, sus sentimientos como madres y el tipo de proyecciones que realizan sobre sus hijos.

En este caso, hemos evitado repetir el Test de Beck con las madres ya que éste ya había sido realizado anteriormente. De todas formas, hemos estudiado cuidadosamente los riesgos clínicos de un problema afectivo eventual en la madre.

RESULTADOS PROVISIONALES DE ESTE ESTUDIO CATAMNESTICO:

Hemos observado dos grandes formas de evolución del perfil psicológico de los niños:

1. Un grupo de 14 niños ha mostrado una evolución del desarrollo satisfactoria:
 - a) *Muy buena evolución* hacia la normalidad, incluso un desarrollo constituyendo una variación de la norma en 6 casos.
 - b) *Buena evolución* hacia una organización neurótica oligo sintomática en 5 casos, donde el niño presenta síntomas menores tales como una ligera retención fecal o ciertos miedos de naturaleza fóbica.
 - c) *Evolución satisfactoria* donde el niño presenta un leve trastorno de personalidad en 3 casos, con tendencias narcisistas y ciertas dificultades de comportamiento o tendencias a la inhibición.
2. Un segundo grupo más reducido de 4 niños que manifiestan una evolución menos satisfactoria:
 - a) Evolución hacia un trastorno de personalidad dentro del marco de una disarmonía evolutiva, en 3 casos, con retrasos en el desarrollo junto con trastornos manifiestos del comportamiento.
 - b) Evolución hacia una psicosis deficitaria en 1 caso.

La desproporción entre estos dos grupos de evolución es debida a los criterios de selección de los casos admitidos en las indicaciones de las psicoterapias breves madre-bebé. En efecto, para nuestra investigación, hemos excluido directamente los trastornos graves del desarrollo de los bebés y los trastornos graves de personalidad en las madres (5). Aún así, hemos cogido un caso al límite de nuestras indicaciones y se ha confirmado su evolución hacia una psicosis deficitaria.

METODOLOGIA DE ESTE ESTUDIO CATAMNESTICO

Dado que en la catamnesis no hemos podido realizar todos los tests objetivos que se hicieron en la edad precoz, nos hemos conformado con comparar los siguientes temas dentro de la evolución:

Para el niño:

- a) síntomas del niño,
- b) diagnóstico del niño según la Clasificación Francesa.

Para la madre:

- a) evaluación del funcionamiento psicológico maternal,
- b) sentimiento de ella misma como madre,
- c) tipos de proyecciones maternas y tipos de interacciones madre-bebé,
- d) relación de la madre con el terapeuta (pretransferencia-alianza terapéutica-transferencia de resistencia).

I. EVOLUCION DE LOS SINTOMAS DE LOS NIÑOS (Cuadro I)

a) Evoluciones favorables (14 casos)

Todos los niños habían sufrido como bebés tanto trastornos funcionales como trastornos de comportamiento.

- En la catamnesis, en este grupo, los 6 casos que han evolucionado hacia una variación de la norma ya no presentan síntomas particulares.
- Los 5 casos que, en la catamnesis, pertenecen a organizaciones neuróticas, sufren los leves síntomas siguientes: retenciones fecales, miedo a la oscuridad, ligeras dificultades de separación, timidez excesiva, envidia excesiva, fobias a los medios de transporte y a la tormenta, etc.

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia variaciones (6 casos)	
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomáticas (5 casos)	
TOTAL (11 casos)	
– Trastornos del sueño.....	11
– Trastornos del comportamiento.....	10
– Hiperactividad.....	5
– Dificultades de separación.....	6
– Trastornos de la alimentación.....	1
Niños que han evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad. (3 casos)	
– Trastornos del sueño.....	3
– Trastornos del comportamiento.....	3
– Hiperactividad.....	1
– Dificultades de separación.....	1
– Trastornos de la alimentación.....	3
Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de la personalidad (borderline y disarmonías evolutivas) (4 casos)	
– Trastornos del sueño.....	4
– Trastornos del comportamiento.....	4
– Hiperactividad.....	2
– Trastornos de alimentación.....	1
– Trastornos de apego.....	1
– Retraso en el desarrollo.....	1

Cuadro 1: Síntomas cuando eran bebés

- Los 3 casos que, en la catamnesis, han evolucionado hacia un trastorno ligero de personalidad, han seguido presentando trastornos en el comportamiento o, a veces, una importante tendencia a la inhibición.

Recordemos que en el plano de su desarrollo, mientras eran bebés, ninguno de ellos había presentado señales de retraso (Test de Bayley en las normas). En el examen catamnésico, todos los niños habiendo progresado favorablemente están dotados de una buena inteligencia.

- Los 3 niños que habían evolucionado hacia un trastorno grave de personalidad no habían manifestado ni un trastorno de apego, ni señales disarmónicas como bebés, lo que sí ocurría, sin embargo, para el niño que a la edad de 5 años se convirtió en psicótico deficitario. En efecto, este último, ya a los 17 meses, nos había llamado la atención con señales de retraso en el desarrollo así como con señales de un trastorno de apego, propias de un trastorno psicótico.

Gracias a la psicoterapia breve, los síntomas funcionales de esos bebés habían disminuido claramente. Por contra, en el examen catamnésico, hemos podido observar una persistencia de los trastornos de comportamiento y la aparición de un ligero retraso intelectual de 2 de estos niños en la evolución disarmónica.

Para el bebé precozmente deficitario, desgraciadamente, hemos tenido que constatar un aumento del retraso mental en el examen catamnésico.

Comentarios sobre la evolución de los síntomas de esos niños

Después del primer año tras la psicoterapia breve, la mayoría de los niños que han demostrado una evolución favorable ulterior, nos había sorprendido con una clara mejoría, incluso con la desaparición de los síntomas funcionales iniciales. De todas formas, esos trastornos funcionales habían ido mejorando continuamente durante el mismo período en los niños que, en la catamnesis, habían tenido una evolución menos fa-

vorable y notablemente en el niño que manifiesta un trastorno psicótico.

Además, en esos mismos niños de evolución desfavorable, los trastornos de comportamiento han sufrido una tendencia a agravarse.

Debemos destacar que los trastornos del comportamiento han persistido tanto para los 3 niños que presentan trastornos leves de la personalidad en la catamnesis como para los 4 niños borderline y psicóticos.

Para los niños que han desarrollado una evolución favorable, es interesante constatar que el Test de Crittenden refleja, de forma bastante fiel, una mejoría del niño durante el año siguiente al de la psicoterapia.

Por contra, para los niños que habían evolucionado desfavorablemente el Test de Crittenden, aplicado durante el primer año tras la terapia no ha conseguido desgajar las dificultades que habíamos constatado ulteriormente en el estudio catamnésico.

II. EVOLUCION DE LAS MADRES

a) Estado efectivo de las madres (Cuadro II)

Para las madres de los niños con una evolución favorable, podríamos hacer la siguiente descripción:

Las madres de los 11 niños que se han estructurado según una variación de la norma o neurótica poco sintomáticas presentaban casi todos los signos depresivos objetivados en el Test de Beck antes de la psicoterapia madre-bebé. Dos de esas madres nos habían llamado la atención por presentar estados depresivos bastante importantes.

En el estudio catamnésico, nos sorprendió la desaparición de los trastornos de humor en las mismas madres, incluso te-

Madres que presentan:	N.º de casos	N.º de casos
	Antes de la psicoterapia:	En la catamnesis:
Niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (6 casos)		
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomática (6 casos)		
– Trastornos afectivos leves.	8	–
– Trastornos afectivos mayores.	2	–
– Ningún trastorno afectivo.	1	11
– Estados de pánico con fobias de descontrol (hacia el niño)	1	1 (atenuados)
– Síntomas de conversión	1	1 (atenuados)
Niños que han evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad		
– Trastornos afectivos mayores	2	1
– Trastornos de personalidad hipomaníaca	1	1
Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de la personalidad (borderline y disarmonías evolutivas)		
– Trastornos afectivos mayores de la personalidad	1	1 (atenuado y episódico)
– Trastornos de la personalidad (proyectivas/muy proyectivas sobre el niño).	3	4 (atenuado y episódico)

Cuadro II: Manifestaciones patológicas de las madres

niendo en cuenta que la mayoría de las madres habían tenido otro niño.

Por contra, a pesar de la evolución bastante favorable de los niños, una cierta forma de trastorno de humor persiste, en la catamnesis, en las madres de los 2 niños que presentan un leve trastorno de la personalidad. Esas madres sufren todavía

un trastorno de humor, o bien de naturaleza depresiva, o bien de carácter levemente hipomaniaca.

Entre los 4 niños que han evolucionado de manera desfavorable, solamente 1 madre había alcanzado un estado depresivo importante en la escala de Beck antes de la psicoterapia breve. Se trataba de la madre del niño precozmente deficitario. Las 3 otras madres presentaban más bien trastornos de la personalidad: tendencia a ser proyectivas y/o histriónicas. En la catamnesis, estas 4 madres mostraban todavía actitudes muy proyectivas hacia los niños, a la manera de las personalidades Borderline. La única madre que destacaba por un estado depresivo manifiesto, nos había sorprendido en la catamnesis, con la aparición episódica de momentos depresivos más atenuados, con un trastorno de personalidad caracterizado por rasgos narcisistas asociados a defensas hipomaniacas, como telón de fondo.

b) Sentimientos de ellas mismas como madres

Antes de la terapia, las 11 madres de los niños que han evolucionado favorablemente (hacia variaciones de la norma y estructuras neuróticas), nos habían descrito una imagen de ellas mismas bastante desvalorizada. Habían expresado sus miedos a hacer daño al niño, bien por negligencia, bien por ser demasiado exigentes e hirientes con ellos.

En la catamnesis, todas esas madres habían recuperado una buena imagen de ellas mismas como madres. Nos parece que, a pesar de su brevedad, la terapia ha reforzado su capacidad maternal, lo que ha permitido una nueva maternidad para la mayoría de las madres.

Los niños que habían evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad tenían madres que, antes de la terapia, sufrían intensos conflictos de autodesvalorización. En la catamnesis, los mismos sentimientos negativos han reaparecido en el grupo y de manera menos explícita en una de ellas.

Aquí la conflictividad maternal nos parece más profundamente anclada en su estructura de personalidad y este hecho, por lo tanto, nos parece menos movilizable en una psicoterapia breve. La más alta rigidez en esta conflictividad maternal parece igualmente tener una repercusión sobre la evolución de la personalidad de los niños.

Las madres de los 4 niños que se convirtieron en borderline y psicóticos, nos habían llamado la atención, antes de la terapia, con unos sentimientos muy intensos de desvalorización personal y unos sentimientos muy fuertes de culpabilidad que intentaban negar para proyectarlos, convirtiéndose, a veces, en francamente paranoicos para el entorno familiar.

En la catamnesis, no se constató ningún cambio: han seguido mostrándose bien muy desvalorizadas, bien muy proyectivas. La evolución problemática de su niño, sin duda alguna, no ha facilitado la mejora de la autoestima de esas madres.

Así, podemos observar un “crescendo” en el nivel de los conflictos ligados a la maternidad, determinados por una rigidez creciente y difíciles de movilizar por lo que el propio niño se muestra más profundamente perturbado.

c) Proyecciones maternas hacia el niño y tipos de interacciones madres-niños.

Los niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (Cuadro III) y neurosis poco sintomáticas (Cuadro IV) han tenido madres, que proyectaban sobre sus hijos un objeto significativo de su pasado, o bien, imágenes infantiles que ellas mismas temían: el niño abandonado, deprimido, hundido que ellas habían podido sentirse o la imagen de un pariente portador de características negativas. Además de esto, las madres proyectaban también la imagen del niño tiránico y exigente que les habría gustado ser. Frente a estas proyecciones, tenían tendencia a hacer un sobreinvertimiento compen-

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (6 casos)	
Imágenes de un objeto	
– Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación)	4
– Proyección de una imagen parental dañada.....	2
Imágenes infantiles / Imágenes rechazadas	
– Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	4
– Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	2
Imágenes infantiles / Imágenes deseadas	
– Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser	5
TIPOS DE INTERACCIONES	
– Tendencia a la sumisión de la madre a las “exigencias ”del niño, acompañada de un buen investimento del niño	6

Cuadro III: Tipos de proyecciones maternas sobre el bebé.

sador de sus hijos para alejarles de los sufrimientos que ellas mismas habían sufrido (identificación complementaria con una imagen parental reparadora más o menos idealizada). Así, la interacción madre-bebé podía contener características muy conflictuales.

En la catamnesis, esas interacciones conflictuales han desaparecido en este grupo. Hemos atribuido estos cambios positivos sobre todo a la buena calidad del investimento libidinal ofrecido por las madres a sus hijos.

Los niños que han evolucionado hacia trastornos ligeros de personalidad (Cuadro V) han vivido rodeados de proyecciones maternas parecidas, antes de la terapia, pero asociadas a ciertas proyecciones más narcisistas.

Por estas razones de orden narcisista, estas madres demuestran todavía su necesidad de sobreproteger a sus hijos, en la catamnesis. En efecto, las proyecciones maternas narcisistas parecen permitir a la madre protegerse a ella misma de importantes vivencias de pérdida, de pena o de nostalgia que persisten todavía en el examen catamnésico.

Para los niños que habían evolucionado hacia patologías más graves de personalidad, las proyecciones maternas en torno a objetos perdidos o recordados con nostalgia alcanzan proporciones más altas. (Cuadro VI)

Aquí, los fantasmas narcisistas están cargados de reivindicaciones agresivas a veces destructoras, cuyo aspecto agresivo

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomáticas (5 casos)	
Imágenes de un objeto	
- Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación).....	2
- Proyección de una imagen parental dañada.....	2
Imágenes infantiles/ Imágenes rechazadas	
- Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre	3
- Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	3
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
- Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser.....	4
TIPOS DE INTERACCIONES	
- Tendencia a la sumisión de la madre a las "exigencias "del niño, acompañada de un buen investimento del niño	4
- Tendencia al control ansioso.....	3

Cuadro IV: Tipos de proyecciones maternas sobre el bebé.

vo disminuye en la relación con el niño. Algunas de estas madres se encierran un sus proyecciones hasta el punto de no poder reconocer las necesidades elementales de sus bebés. Los graves trastornos del apego que se dan conducen, en el bebé, a grandes retrasos en el desarrollo de diversa intensidad.

En la catamnesis, esas proyecciones narcisistas así como las interacciones patógenas subsecuentes persisten con un li-

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia los trastornos leves de la personalidad (3 casos)	
Imágenes de un objeto	
– Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación)	1
– Proyección de una imagen parental dañada.....	1
– Proyección de un padre tiránico, exigente o violento	2
Imágenes infantiles/imágenes rechazadas	
– Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	3
– Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	1
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
– Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser.....	3
– Proyección más narcisista de un niño fuerte y poderoso	1
TIPOS DE INTERACCIONES	
– Tendencia a la sumisión de la madre a las “exigencias” del niño pero alternando con reacciones de exasperación	3
– Tendencia al control ansioso	3
– Tendencia a un cierto distanciamiento del niño	1

Cuadro V: Tipos de proyecciones maternas sobre los bebés.

	N.º de casos
Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de personalidad (borderline, disarmonías evolutivas)	
(4 casos)	
Imágenes de un objeto	
– Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación).....	1
– Proyección de una imagen parental dañada.....	3
– Proyección de un padre tiránico, exigente o violento	3
Imágenes infantiles/imágenes rechazadas	
– Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	3
– Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	1
– Proyección del niño deseado y en peligro de muerte.	4
– Proyección narcisista de un niño muy poderoso y muy peligroso	1
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
– Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser (gran reivindicación y violencia).	3
TIPOS DE INTERACCIONES	
– Tendencia a la hostilidad frente al niño.....	2
– Tendencia al control ansioso	4
– Tendencia a una desvinculación y al rechazo del niño	4

Cuadro VI: Tipos de proyecciones maternas sobre los bebés.

gero cambio. A veces, hemos podido constatar un agravamiento de las dificultades relacionales madre-niño seguido de la decepción (herida narcisista) frente al retraso del desarrollo del niño.

III RELACION CON EL TERAPEUTA

Hemos estudiado las relaciones con el terapeuta con la ayuda de las tres rúbricas siguientes:

- **La pretransferencia**, es decir la modalidad de la relación que la madre establece en un primer contacto con el terapeuta, en función de sus expectativas sobre la terapia.

Los 11 niños que han evolucionado favorablemente han tenido madres capaces de establecer una pretransferencia positiva con el terapeuta en el momento de la terapia breve en todos los casos. Se ha manifestado por una espera de ayuda y de resolución feliz de las dificultades con el bebé. Para algunas madres, esta pretransferencia se basaba claramente en el desplazamiento de una imagen parental positiva.

Paralelamente, se ha producido rápidamente una buena alianza terapéutica para todas esas madres. Sin embargo, 3 madres han esbozado una transferencia de resistencia, expresando el temor de ser acusadas por el terapeuta de ser responsables de las dificultades de sus hijos. Esta ligera resistencia se ha podido resolver bien por la interpretación, bien espontáneamente, sin que presentaran obstáculo a la buena evolución de la terapia breve.

- **La alianza terapéutica** cuyo establecimiento rápido es fundamental para el buen desarrollo de una psicoterapia breve.

Los 3 niños que han evolucionado hacia un trastorno leve de la personalidad han tenido madres igualmente capaces de establecer una pretransferencia positiva según el terapeuta durante la terapia. Además, esa pretransferencia se basaba en el desplazamiento de una imagen parental más idealizada, incluso más narcisista.

De hecho, estos casos han presentado una transferencia de resistencia bajo la forma de angustias frente a la finalización del tratamiento breve. Dos madres han vuelto periódicamente a ver a su terapeuta con los niños, cada 3 ó 6 meses.

- **La transferencia de resistencia** (transferencia edípica o transferencia agresiva) que lo único que hace es complicar la evolución de la psicoterapia breve madre-bebé.

Los niños que han evolucionado hacia trastornos graves de personalidad han tenido madres cuya pretransferencia se había establecido de forma claramente negativa para dos de ellas. Estas madres habían desarrollado unos miedos tales a que su terapeuta les acusara y juzgara que terminaron por sentirse realmente perseguidas.

Las dos madres restantes habían presentado una pretransferencia muy idealizante con unas esperas tales y una dependencia tan grande frente al terapeuta que eran poco receptivas a las interpretaciones acerca de sus interacciones con el niño.

Este tipo de pretransferencia negativa, bien perseguidor, bien idealizado, constituye de golpe unas resistencias que han vuelto difícil el establecimiento de una buena alianza terapéutica en todos los casos. En la catamnesis, este mismo estilo de relación con el terapeuta se perpetúa.

MATERIAL CLINICO

Antes de pasar a las conclusiones, presentamos una viñeta clínica característica de cada una de las evoluciones constatadas en el niño:

1. Hacia una organización correspondiente a una variación de la norma o una organización de tipo neurótica;
2. Hacia una organización correspondiente a un trastorno leve de personalidad;
3. Hacia una disarmonía evolutiva.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia una organización neurótica: Matilde

Matilde nos fue mandada con 10 meses por trastornos de sueño importantes y dificultades de separación (según personas ajenas a la familia).

Es una niña deseada, bien investida por sus padres, pero que sufre una doble luxación congénita de las dos caderas y tuvo que utilizar una célula ortopédica durante algunos meses. El desarrollo de Matilde es normal, a pesar de una cierta tendencia a la pasividad. La madre, de origen extranjero, vivió con tristeza y culpabilidad la separación de su propia madre y muestra un hiperinvestimiento de su hija con tendencia simbiótica. Este hiperinvestimiento se encuentra probablemente reforzado por la decepción debida a la luxación congénita, enfermedad que tuvo igualmente su cuñada con consecuencias de invalidez para esta última.

La madre se considera como adecuada, pero está decepcionada por las dificultades vividas durante el embarazo (fibroma uterino) y la malformación congénita del bebé. El investimento que realiza sobre su hija es de todas formas positivo. Esta madre proyecta sobre su hija la imagen de su propia madre dañada y abandonada tanto por su propio padre (separación de los padres) como por ella misma, que la tuvo que abandonar cuando todavía se mostraba deprimida.

Las dificultades de separación de Matilde están efectivamente ligadas a la actitud de su madre que teme reencontrar en su hija la imagen de su propia madre.

Gracias a la resolución de esta problemática, la psicoterapia madre-bebé permite una evolución favorable con una desaparición de los trastornos del sueño y de los problemas de separación.

En el estudio catamnésico, momento en el que Matilde cuenta con 4 años y 9 meses, la relación madre-niño continúa evolucionando favorablemente. Matilde, además, tiene una hermanita de 2 años que se encuentra bien.

Entrevista con la niña

Con 4 años y 9 meses, Matilde se desarrolla normalmente, frecuenta la escuela de su barrio, sin dificultades de aprendizaje ni de relaciones con sus compañeros. En la entrevista con el terapeuta, se separa sin dificultad de su madre, habla de los acontecimientos de su vida con un buen lenguaje y presenta un juego simbólico rico y variado. Los temas más conflictivos de su juego simbólico giran en torno a su antigua discapacidad que se manifiesta en ella como una forma de simbolización de la angustia de castración de naturaleza neurótica.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia un trastorno leve de personalidad: Rosina.

Rosina fue traída por su madre a consulta con 3 meses por unos cólicos abdominales con lloros inconsolables e interminables junto a unos trastornos del sueño importantes. En la terapia breve madre-bebé, que duró 10 sesiones, el terapeuta se ha centrado sobre todo en la historia infantil de la madre, muy cargada de angustias de separación. Esta madre, que presentaba una importante depresión post-parto, momento del comienzo de la maternidad, había sido colocada por su propia madre en una familia de acogida, con 2 años, coincidiendo con la separación de los padres. Únicamente volvió a ver a su madre una vez al mes hasta los 10 años, momento en el que ésta decide volver a casarse y la acoge de nuevo. En cuanto a su padre, no volvió a verle hasta ser adulta, 3 años antes del nacimiento de su hija.

En el nacimiento de Rosina, esta madre se encuentra en un conflicto conyugal importante que le obliga a retomar el trabajo. La separación de su hija que supondría un trabajo eventual crea en ella un conflicto enorme, ya que se ve con una madre indigna y abandonante.

De todas formas, los sentimientos de abandonar a su hija han resurgido periódicamente, tanto en el momento de retomar

el trabajo como en el momento de la separación del marido, cuando Rosina tenía 18 meses. Durante estos períodos, hemos podido observar un recrudecimiento de los síntomas de la niña bajo la forma de trastornos del sueño y un comportamiento tiránico hacia su madre. Ha sido necesario retomar varias veces las intervenciones psicoterapéuticas obteniendo como resultado un apaciguamiento de los síntomas de la niña así como del estado depresivo de la madre.

En el estudio catamnésico, momento en el Rosina cuenta ya con 3 años, la madre ya no está deprimida pero tampoco ha reconstruido su vida afectiva ni ha tenido más hijos.

Rosina presenta ciertas dificultades de separación con su madre y no quiere quedarse sola con el examinador. Se muestra capaz de jugar de manera simbólica pero su juego resulta pobre, escaso de imaginación y un poca repetitivo.

El lenguaje de Rosina es igualmente pobre. En cuanto al humor, Rosina muestra un aire serio rozando la tristeza, con poca modulación afectiva.

Por su parte, la madre se queja de un comportamiento tiránico y exigente de Rosina hacia ella, que resulta difícil para ella misma cuando no se siente deprimida. De esta forma, consideramos que Rosina presenta los rasgos de un trastorno leve de personalidad.

Tras la entrevista de catamnesis, se han considerado necesarias nuevas consultas terapéuticas con el objetivo de resolver este problema de relación madre-hija.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia una disarmonía evolutiva: Antoine

Antoine vino a la consulta a la edad de 1 año por unos trastornos de sueño importantes y dificultades de comportamiento con lloros constantes.

Estas dificultades aparecieron ya en su nacimiento, nacimiento prematuro de 3 semanas. Esta prematuridad ha provocado en la madre unas angustias intensas de muerte a pesar del buen estado general y el peso correcto del niño.

En la historia de la madre, es difícil poner en evidencia las razones de las proyecciones agresivas que realiza sobre los lloros de su hijo: vive esos lloros como ataques que van a destruir el conjunto de la vida familiar.

En el pasado, del cual la madre pasa rápidamente, merece la pena destacar otros acontecimientos conflictivos, además del contencioso irregular con los hombres que ella había evocado. ¿Basta el hecho de que Antoine sea un chico para sostener esa visión persecutoria de su madre hacia él? Además, la culpabilidad despertada por esa leve prematuridad parece añadirse a su vivencia de ataque mortífero. En efecto, con su hija mayor, esta madre no tuvo ningún problema particular.

En 10 sesiones, la resolución de esta problemática en la relación con Antoine ha permitido una atenuación de los síntomas y una mayor tolerancia de la madre hacia su hijo. Es interesante destacar que, a pesar de las angustias intensas del post-parto, la madre de Antoine no ha manifestado ninguna manifestación depresiva.

En el estudio catamnésico, momento el que Antoine tiene 3 años, el terapeuta es informado de que la madre visitó a otro psiquiatra cuando el niño tenía 2 años. En efecto, Antoine presentaba (y todavía presenta) trastorno importante de apego a su madre y dificultades de relación con un retraso significativo en su desarrollo. Incluso cuando, con 1 año, en el Test de Bayley efectuado justo antes de la psicoterapia breve, Antoine no presentaba ningún signo de retraso en el desarrollo.

En la entrevista de catamnesis, Antoine llama la atención por su juego simbólico muy pobre, limitado a manipulaciones repetitivas y estereotipadas de los objetos. Su lenguaje es igualmente pobre y, a veces, ecolálico y Antoine manifiesta,

múltiples veces, estereotipias de comportamiento botando en su sitio.

Hemos concluido con un cuadro de Disarmonía Evolutiva de tipo psicótico, asociado a un trastorno de apego que se habría desarrollado en el 2.º y 3.º año en la vida del niño. En efecto, con 12 meses, Antoine no presentaba todavía ningún signo de trastorno de apego ni de retraso en su desarrollo, como habíamos señalado. Desde entonces, Antoine ha seguido una psicoterapia analítica intensiva con una puesta en marcha paralela del conjunto de la situación familiar.

CONCLUSION

A pesar de los pocos casos estudiados, se imponen ciertas reflexiones se imponen.

1. En cuanto a la sintomatología del bebé

Los trastornos funcionales (trastornos del sueño, de alimentación, de la digestión) nos parecen los más fáciles de movilizar con la ayuda de una psicoterapia breve madre-bebé. Los trastornos del comportamiento, por contra, son más difíciles de corregir con una psicoterapia breve, aunque algunos bebés aquejados de graves trastornos del comportamiento han conseguido recuperar una estructura de personalidad cercana a la norma en la catamnesis.

Por contra los trastornos de desarrollo del niño no han evolucionado mucho tras las psicoterapias breves madre-bebé, demostrando en este caso, la necesidad de tratamientos más específicamente centrados en el bebé. Entre estos niños aquejados de problemas de desarrollo, es interesante destacar que la terapia breve ha permitido igualmente una mejoría de los trastornos funcionales, sin llegar a prevenir la aparición de un retraso en el desarrollo posterior.

En este sentido, este tipo de acercamiento breve podría en ciertos casos asegurar a las madres, retardando la puesta en marcha de un tratamiento más apropiado, claramente dirigido de manera específica al conjunto del desarrollo psíquico del bebé.(4)

2. En lo que concierne a la psicopatología de las madres y su influencia en el desarrollo psíquico del bebé,

Nos encontramos con un enunciado frecuentemente dado en la literatura. Son las madres aquejadas de trastornos de personalidad y de carácter, en particular las madres borderline, raramente sintomáticas en el plano tímico, las que tienen hijos más perturbados (10).

Por otra parte, la evolución muy rápidamente favorable de un gran número de estados depresivos maternos de post-parto tras la psicoterapia breve madre-bebé nos ha interesado particularmente. Estos enunciados nos parecen relativizar la importancia psicopatogénica durante mucho tiempo atribuida a la depresión de post-parto y tan abundantemente descrita en la literatura (11).

Hemos considerado los estados depresivos de estas madres como reacciones a la situación post-parto (3) y más específicamente ligadas a las dificultades inherentes de convertirse en padre (como lo hemos desarrollado con B. Cramer (1), (2).

Así, son numerosos los casos de estados depresivos que no parten de una psicopatología particular de la madre sino más bien de los conflictos despertados en el momento de convertirse en madres.

Los datos recogidos sobre los sentimientos de las madres como madres nos muestran que vivencias muy negativas y muy desvalorizadas de las madres en el post-parto pueden ser fácilmente modificadas en un buen número de casos, mejorando a la vez el conjunto de la relación con el niño. En gene-

ral, tenemos la impresión de que las madres que se cuestionan su calidad maternal reaccionan más favorablemente que las que no tienen ese tipo de dudas sobre su funcionamiento maternal.

Estas últimas tendrían tendencia a sentirse más fácilmente perseguidas y presentan un mayor riesgo de convertirse en patógenas para sus hijos a largo plazo.

3. En el plano interactivo

Constatamos que existe una concordancia entre la calidad de la interacción y la naturaleza del investimento que las madres hacen de sus hijos. Cuando hay un investimento positivo, la madre, muchas veces, es superprotectora con su bebé en las interacciones convirtiéndose en conflictivas pero también fácilmente movilizables. Por contra, cuando se trata de un investimento más ambivalente, a veces francamente negativo, la actitud desencadenada especialmente hostil de la madre, tanto frente al terapeuta como frente al hijo, endurece las interacciones madre-bebé y son más difíciles de movilizar

4. La relación con el terapeuta.

Nos parece que refleja muy bien la calidad de la relación que estas madres ofrecen a sus hijos. Las madres que tienen tendencia a establecer rápidamente una alianza con el terapeuta pueden hacerlo gracias a un investimento positivo de la persona del terapeuta (pretransferencia positiva) muy parecida al investimento positivo que hacen de sus hijos.

Hemos podido constatar gracias a la catamnesis una persistencia en la calidad de los investimentos positivos 2 ó 3 años más tardes. Por contra, es triste constatar que las madres con conflictos más graves con sus hijos reactualizan muy rápidamente esos mismos conflictos en su relación con el te-

rapeuta, lo que no simplifica en absoluto el trabajo psicoterapéutico.

¿De quién es la culpa? ¿Hemos de creer que son las proyecciones negativas de las madres las que perturban el desarrollo del niño y de su relación con él?

¿O será más bien la perturbación de desarrollo y de relación del bebé lo que vuelva a la madre negativamente proyectiva y vulnerable hasta el punto de dar la imagen de un funcionamiento maternal de tipo borderline?

BIBLIOGRAFIA

[1] CRAMER B., ROBERT-TISSOT C., STERN D., SERPA-RUSCONI S., DE MURALT M., BESSON G., PALACIO-ESPASA F., BACHMANN J.-P., KNAUER D., BERNEY C., D'ARCIS U., Outcome "Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapy: a Preliminary Report, *Infant Mental Health*, 11, 3, 278-300.

[2] CRAMER B., PALACIO-ESPASA F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, Le Fil Rouge, 1993.

[3] CRAMER B., *Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans l'épinglage d'identité*, *Devenir*, 6, 2, 15-21, 1994.

[4] GOLSE B., *Insister-Exister. De l'être à la personne*, Paris, PUF, Le Fil Rouge, 1990.

[5] KNAUER D., *Différents modes d'approche dans les psychothérapies mères-bébés*, *Psychothérapies*, 3, 135-141, 1989.

[6] LEOVICI S., MAZET P., VISIER J.-P., *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Genève, Médecine et Hygiène, Eshel, 1989.

[7] LEOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Paidós, Le Centurion, 1983.

[8] LEOVICI S., *A Propos des consultations psychothérapeutiques*, *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 1, 135-152, 1986.

[9] MISÉS R. et al., *Classification française des troubles mentaux de l'enfant*, *Psychiatrie de l'enfant* XXXI, 1, 67-134, 1988.

[10] SAMEROFF A.J., EMDE R.N. (Eds), *Relationship disturbances in early childhood, A developmental approach*, New York, Basic Books, 1989.

[11] TRONICK E., GIANINO A., *The transmission of maternal disturbance to the infant in E. Tronick, T. Field (Eds), Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*, San Francisco, Jossey Bass, 1986.

EL TRATAMIENTO MUY PRECOZ DEL AUTISMO Y DE LAS PSICOSIS INFANTILES POR MEDIO DE UNA APLICACION DE LA OBSERVACION DE BEBES*

Didier Houzel**

La mayoría de los autores están de acuerdo en pensar que las posibilidades de tratamiento del autismo y de las demás formas de psicosis infantil, dependen en gran medida de la precocidad de la detección de los trastornos del niño, a condición, evidentemente, de que se pongan en marcha rápidamente las medidas terapéuticas adaptadas.

Nuestras propias investigaciones, iniciadas en Brest en 1978 y que se refieren actualmente a un grupo de 34 niños autistas, nos han demostrado que en todos los casos ha habido algún signo que ha alarmado a alguien del entorno cercano al propio niño antes de cumplir los dos años. En los dos tercios de los casos se han podido observar trastornos del desarrollo o de la relación desde el primer año del niño. En el tercio restante esta observación se ha producido durante el segundo año.

*Transcripción de la ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

Traducción realizada por Xabier Tapia. Psicólogo clínico.

**Catedrático de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Universitario de Caen (Francia).

Todos estos datos nos han llevado a pensar que el diagnóstico de autismo siempre es posible realizarlo antes de que el niño haya cumplido los dos años. Incluso es posible establecerlo desde el primer año. Por prudencia es mejor hablar en estos casos de “riesgos de evolución autista” que de autismo constituido. De hecho, el cuadro del autismo de Kanner se va completando paulatinamente. Nunca podemos estar seguros de que un signo de evolución autista precozmente detectado evolucione inexorablemente hacia un autismo constituido, pero es evidente, tanto por razones terapéuticas como éticas, que es preferible actuar sin demora desde el momento en el que se detectan los signos de alerta, aún a riesgo de pecar por exceso ofertando una ayuda terapéutica a niños que no van a evolucionar necesariamente hacia un autismo constituido.

Debo de precisar, sin embargo, que nuestro estudio es un estudio anamnésico. Trata de analizar los primeros signos que han alarmado a alguien del entorno próximo al niño y que nosotros hemos denominado “signos de alarma”. En el momento de la recogida de datos todas los niños del grupo tienen un autismo de Kanner constituido.

El afán de aportar respuestas rápidas y eficaces cada vez que un niño pequeño nos es remitido por sospecha de evolución autista (y cada vez son más y más jóvenes desde que tratamos de informar a los diferentes intermediarios, médicos de cabecera, pediatras, etc.) me ha llevado a investigar un método terapéutico adaptado a la edad del niño y aplicable cuanto antes. El método al que me voy a referir ha surgido de este afán. Me ha parecido indispensable evitar que la detección no derive hacia alguna medida eficaz debido a la falta de medios o de terapeutas competentes para poner en marcha estos medios. Tengo que precisar que, en el caso de los niños con signos de evolución autista o psicótica precoz, hay otros medios terapéuticos que se añaden al tratamiento a domicilio al que me refiero aquí. Volveré más adelante sobre ello

Si he recurrido al método de observación de bebés de Esther BICK a la hora de poner en marcha una modalidad de intervención rápida para los casos de detección de trastornos autistas, es porque, además de haberme formado en este método, he comprobado sus efectos benéficos sobre las relaciones entre la madre y el bebé observado. Soy de los que piensan que el autismo infantil se inscribe en un contexto de trastornos precoces y masivos de la relación entre el niño y su entorno y fundamentalmente su entorno materno. Con esto no descarto a priori las numerosas hipótesis sobre los factores constitucionales del autismo, de naturaleza biológica o cognitiva. Los disfuncionamientos relacionales pueden tener su origen tanto en el propio niño como en su madre o en las circunstancias que han rodeado la concepción del niño, su gestación, su nacimiento o sus primeros meses. La hipótesis de la que yo parto es que se pueden tratar estos disfuncionamientos relacionales y que la interrupción de la evolución autista del niño depende en gran medida de esta posibilidad.

La propia Esther BICK ha subrayado la ayuda que una observación bien realizada puede suponer para la madre e indirectamente para el niño: “Las madres nos han mostrado a menudo, escribe ella en su artículo *princeps*, de manera explícita o implícita, que ellas viven bien el hecho de contar con alguien que viene regularmente a su casa y de poder hablar de su bebé, de su desarrollo y de los sentimientos que todo esto despierta en ellas”¹.

En un artículo posterior, se muestra aún más tajante: “En muchos casos, dice, un observador puede ayudar, si sabe permanecer en su papel de escucha simpática, ya que lo que una

¹ Notes on Infant in Observation Psychoanalytic Training, International Journal of Psychoanalysis, 45, 1964, p.558 (Traduction personnelle). Nota del autor

madre desea es poder desahogarse. Un consejo supone para ella una exigencia suplementaria”².

Es esta “escucha simpática” la que yo considero útil para las diadas madre/niño autista y para ello he utilizado una aplicación del método de observación de bebés.

METODO DE OBSERVACION PROPUESTO POR E. BICK

En primer lugar me voy a referir brevemente al método de observación de bebés. Se trata de un método de formación creado a partir de 1948 por Esther BICK en la Tavistock Clinic de Londres, como uno de los elementos de formación de los psicoterapeutas de niños. El observador se pone en contacto, a través de un profesional, con los padres que esperan un bebé y les solicita su conformidad para que pueda acudir a observar al bebé en su propio domicilio a la vuelta de la maternidad con una frecuencia de una sesión de una hora por semana. El motivo de la demanda es la formación del observador que necesita, antes de tratar a los niños, observar el desarrollo de un bebé en su entorno natural.

Si los dos padres están de acuerdo el observador les pide que le informen del nacimiento del niño. Visita a la madre y al bebé en la maternidad en una breve visita durante la que fijan el día y la hora de las observaciones a domicilio.

Durante la hora de observación, el observador está atento, al bebé evidentemente, pero también a todo lo que ocurre entre el bebé y su entorno, su madre, su padre, sus hermanos y hermanas, otros miembros de la familia, vecinos, amigos. Esther BICK recomienda que el observador deje a los padres arreglárselas a su manera. No coge ninguna nota durante la ob-

² Further considerations on the function of the skin in Early Object Relations, *British Journal of Psychotherapy*, 2, 4, 1986, 292-298.

servación. No tiene más medios de grabación que su propia atención y su memoria. Sin embargo, después de la hora de observación, anota detalladamente todo lo que recuerda. Estas notas van a servir de punto de partida para el trabajo de elaboración que se realiza cada semana en un seminario de supervisión que reúne a varios observadores. Durante el seminario, cada participante, expone sus notas con detalle acerca de su observación semanal. El supervisor es un psicoanalista formado en la observación de bebés.

Su papel consiste en proponer hipótesis acerca del contenido latente de los intercambios entre el bebé y su entorno, acerca del sentido de los comportamientos del niño en el proceso de su desarrollo psíquico. Pero también trata de ayudar al observador a explorar su propia vivencia contratransferencial de la situación en la que se encuentra sumergido. Nunca se insistirá lo suficiente en la intensidad de las emociones e incluso en la violencia de los fantasmas que suscita en la mente de un observador la participación en la experiencia de la intimidad de un bebé y de su entorno familiar. Este trabajo sobre la contratransferencia del observador es muy importante ya que le informa acerca de los mensajes latentes.

Una de las ventajas que yo le veo al método de observación de bebés de Esther BICK es que no exige prerequisites psicoanalíticos, aunque se inspira directamente en el psicoanálisis. Evidentemente, es muy útil el que el observador tenga una formación psicoanalítica personal, pero no es una condición previa para la práctica de la observación. Gracias a ello se puede generalizar esta formación a muchas categorías profesionales para formar así un número significativo de futuros terapeutas. La formación dura alrededor de dos años. Esther BICK recomendaba observar al bebé al menos durante su primer año. La experiencia nos muestra sin embargo que es muy deseable, siempre que sea posible, proseguir la observación hasta alcanzar los dos años.

APLICACIONES TERAPEUTICAS DE LA OBSERVACION DE BEBES

La aplicación terapéutica que nosotros realizamos de la observación de bebés se inspira fundamentalmente en este método. Sin embargo el propio hecho de que se trate de una aplicación terapéutica modifica algunos parámetros. Precisamente uno de nuestros temas de investigación consiste en saber qué parámetros y en qué medida están modificados. Desde este momento podemos señalar las modificaciones siguientes:

El niño, objeto de nuestra intervención terapéutica nos es remitido por razones patológicas, mientras que el niño observado se supone que no tiene ninguna dificultad particular en su desarrollo;

Al comienzo del tratamiento este niño es mayor que el niño observado. Sin embargo limitamos nuestras indicaciones a niños que, al comienzo de la cura, tienen menos de cuatro años. La experiencia nos demuestra que más allá de esta edad los tratamientos a domicilio son más difíciles de realizarlos y menos eficaces;

La demanda proviene de los padres del niño, mientras que en la observación es el observador quien demanda;

Esta demanda es terapéutica, mientras que en la observación no hay, al menos conscientemente, ninguna petición de ayuda por parte de los padres.

Estas diferencias influyen ciertamente en la actitud mental del terapeuta y en sus relaciones con los padres y el niño. Ser conscientes de ello nos ayuda a mantener mejor el rigor del método de la observación de bebés, única garantía de su eficacia.

Al igual que el observador, el terapeuta les propone acudir al domicilio para observar al niño con sus padres. Nosotros

añadimos que acude también para reflexionar con ellos acerca de las dificultades del niño y de los problemas que los padres tienen en sus relaciones con él.

Al igual que el observador, acude en sesiones de una hora, habitualmente semanales, y a veces bisemanales.

Al igual que el observador, adopta una actitud de atención y de escucha, evitando al máximo inmiscuirse en las relaciones entre el niño y su entorno. Seguramente lo más difícil de describir es la propia actitud mental del terapeuta. Yo la defino sobre todo como la *función de atención*. El término de “observación” ya consagrado por el uso, me parece discutible. Más que observar, que en francés denota una actitud de objetivación, se trata de estar atento, con los propios sentidos evidentemente, pero también y sobre todo con la propia emocionalidad, las capacidades imaginarias y simbólicas. Es esta misma función de atención la que utiliza el terapeuta.

Utilizo el término de “atención” en un sentido psicoanalítico. Freud lo definió en 1895, en *“Proyecto de Psicología”* como una función de ligazón entre las necesidades internas y las percepciones externas. Volvió sobre ello en 1911 en su artículo acerca de *“Los dos principios del suceder psíquico”* Pero es Wilfred BION sobre todo el que desarrolla este concepto en su libro de 1970 *“Atención e interpretación”*. BION amplía la función de la atención a una función de ligazón de los elementos psíquicos entre sí. Sin lugar a dudas una de las características del psiquismo humano es la de necesitar de otro psiquismo para organizarse y para unir entre sí sus elementos dispersos. Es ésta la función que cumple la madre para el bebé, pero también ella necesita de la atención de un tercero para cumplir lo mejor posible esta función junto a su hijo. El tercero privilegiado para esta función es el padre del niño. Pero también pueden participar en esta función el entorno familiar ampliado y especialmente los padres de la madre, el entorno de las amistades y, por qué no, el entorno profesional constituido por

los médicos, matronas, puericultoras y demás terapeutas que se ocupan tanto de la madre como del niño.

Cada vez que hay disfuncionamientos importantes en la diada madre/bebé, cabe reforzar la atención hacia la madre y hacia el niño y gracias a un trabajo de elaboración psíquica tratar de levantar los obstáculos que se oponen a una mejor relación entre ellos. Esto es lo que intentan hacer los terapeutas que aplican el método de observación de bebés.

El terapeuta no coge ninguna nota durante la sesión, pero al igual que el observador, toma nota detallada de todo lo más rápidamente posible. Estas notas sirven de base para un trabajo de elaboración realizado en un seminario semanal bajo la supervisión de un psicoanalista.

ILUSTRACION CLINICA³

Quisiera ilustrar nuestro método a través de las dos primeras sesiones terapéuticas en casa de un niño psicótico, a quien se le hace un seguimiento de dos sesiones semanales.

Noël es un niño que me fue remitido con tres años y nueve meses debido a trastornos importantes del desarrollo y del comportamiento: rechazo de la alimentación sólida, rechazo al contacto con otros niños, ausencia de adquisición de la limpieza esfinteriana y ausencia de lenguaje.

La historia familiar de Noël está marcada por la muerte de un primer hijo de la pareja que murió con seis meses debido a una enfermedad metabólica hereditaria. La pérdida de este primer niño supuso un traumatismo psíquico terrible para los dos padres, más allá de sus posibilidades de elaboración. Todo aquello provocó una enorme angustia en los padres durante la gestación de Noël así como una actitud de hiperprotección an-

³ Mi agradecimiento a M. BESNIER, la terapeuta.

siosa: desde su nacimiento no le dejan nunca solo, no lo han dejado nunca con una tercera persona, están constantemente vigilando sus comportamientos y gestos, al tiempo que se quejan vivamente de sus comportamientos turbulentos que ellos los viven como provocadores. Recientemente hemos decidido iniciar un tratamiento a domicilio y voy a exponer las dos primeras sesiones tal como han sido redactadas por la terapeuta.

1.ª sesión

Durante la primera sesión la madre está sumida en una enorme tensión y se muestra incapaz de encontrar una respuesta a las demandas de su hijo. Ni escucha sus demandas. Gracias a su escucha y a su atención la terapeuta ha jugado un papel de receptáculo del sufrimiento materno.

“La Sra. F. va a buscar la llave de la puerta para dejarme entrar. Agita muy enfadada en sus manos una hoja de nuestros locales: “Se da usted cuenta, me dice, tengo que pagar dos mil setecientos francos, es casi lo que gano, he llamado por teléfono, no quieren saber nada, estoy discapacitada pero no me pagan la invalidez, y me veo obligada a pagar. Para mi marido, que está en el paro, tampoco hay ninguna reducción, ni tampoco para Noël, que recibe una subvención por minusvalía”. La Sra. F. está pálida, habla muy rápido, con la respiración entrecortada, ya no puede más y lo dice. Noël está en el sillón, tranquilo, mira dibujos animados en la televisión al tiempo que mordisquea una cuchara de madera. Me digo a mi misma que es capaz de utilizar una cuchara, cuando la madre me había dicho que era incapaz, pero no le hago ninguna observación”.

“Noël está cada vez más agresivo” dice su madre. “Es malo, voy a tener que aumentar su Depakine. Es lo que el pediatra nos ha dicho. Desde hace tres días está insoportable. Cuando fuimos a visitar a mi cuñada, le rompió todas sus plantas. ¡Ella que adora sus plantas! Le había prohibido coger los

cochecitos de la colección de su hijo, y que son muy caros”. “Al día siguiente, en casa de unos amigos, Noël le lanzó un vaso de agua a la cara de un señor y le abrió la mejilla debajo del ojo. Un día que nos visitó la hija del Sr. F. (hija de un primer matrimonio) que venía con sus hijos, Noël pidió un zumo de naranja a su padre y éste se lo dio, pero él le tiró el vaso a la cara de su padre. Al Sr. F. no le dio tiempo a reaccionar, pero su hija se levantó y le pegó un tortazo a Noël”. A raíz de esto hubo problemas familiares ya que la Sra. F. no consiente que nadie corrija a su hijo. Al día siguiente la hija del Sr. F. telefonó para pedir excusas al tiempo que explicaba que ni a ella ni a sus hermanos se les hubiese ocurrido jamás golpear así a su padre.

La Sra. F. cuenta otro episodio referente a Noël: mientras el Sr. F. recogía la mesa, Noël cogió un cuchillo y se lo tiró a su madre que apenas pudo esquivarlo.

La Sra. F. mira a su hijo y le dice que no muerda la cuchara porque es una cuchara de madera para la cocina. Se la quita de las manos.

Noël pelea por su recuperación y a partir de ahí va a buscar cualquier ocasión para disgustar a su madre: enredar en el escritorio, tocar la puerta, subir por la escalera, coger una vieja tetera muy apreciada por la Sra. F., abrir cajones, coger el bolso de la Sra. F...

Se trata de una auténtica carrera por toda la casa. La Sra. F. agotada y jadeante dice “me gustaría que el Sr. HOUZEL pasase dos días con él para entenderlo, porque él no entiende a Noël, hay que buscar una solución, que lo interne o que lo lleve a alguna parte durante algunas horas al día. Ya no es posible, es demasiado agresivo si ya no podemos ni recibir a nadie ni ir a ver a nadie, ¡se da usted cuenta! ya ve usted cómo es; y así todo el día.

Terapeuta: “Parece usted agotada”

La madre: “Sí, estoy cansada. Ya no puedo más y mi marido tampoco. Tengo miedo de que cualquier día coja su maleta y se vaya. Ayer le dijo al pediatra que ya no podía más y para cuando mi marido lo dice es que es verdad. Cuando vuelvo del trabajo sale a darse una vuelta o a hacer sus pequeñas chapuzas. Hoy ha ido donde una tía a hacer algunos pequeños trabajos”. Noël se tranquiliza por un momento y lloriqueando, le hace rápidamente unos mimos a su madre. Se lo hago observar a la Sra. F.; pero el niño ve la cuchara encima de la mesa, intenta recuperarla y de nuevo comienza a hacer “tonterías” mientras empieza a chillar. Está pálido. Quiere ir a la cocina que está cerrada con llave mientras dice “beber”. La madre no entiende lo que dice. No escucha.

“No, no vas a ir a la cocina, dice ella, hay demasiadas cosas que se pueden romper, es peligroso!”

Noël patealea. Dice “dodó”. La madre junta dos sillones y coloca encima unos cojines para que se acueste. Noël no está a gusto con nada. Intenta quitar un cojín, coge otro. No hay manera. Se enfadan y discuten sin encontrar ninguna solución. La Sra. F. le propone ver dibujos animados y me dice: “Es la única manera de que se tranquilice poco a poco en esos momentos”.

Noël se sienta en una silla entre nosotras dos.

Hace cono que tira tiros con una pistola como en los dibujos animados, diciendo “¡pan, pan!”.

La terapeuta: “¡Conoce estos dibujos animados ! Participa en lo que ve”

La madre: “Los ha visto tantas veces

Noël pide un bolígrafo al ver el bolso de su madre. Esta encuentra uno y se lo da junto con un folio.

La madre: “No quiero que toques el bolso de mamá. Están las llaves de la oficina y hay papeles importantes .”.

Noël dibuja una espiral que comienza en un punto central.

La terapeuta: "Hace una espiral".

La madre echa una mirada y sigue hablándome para descalificar la psicoterapia de Noël. Dice que está agresivo con su psicoterapeuta y que no reacciona a este tratamiento: "Cómo quiere usted que Noël aprenda algo, que aprenda a limitarse si ella le deja hacer todo. Haría falta un sitio en el que se le eduque, en el que pueda hacer juegos educativos, un sitio en el que no esté solo como en casa. Necesita estar rodeado de otros niños para aprender a respetarlos".

Me habla de las dificultades de ser hijo único y que ella observa en niños de su entorno. Ella no hubiese soportado nunca ser hija única, eran cinco hermanos y hermanas.

Y continúa: "No se qué vamos a hacer, nadie nos quiere comprender; el único que me dice la verdad sobre lo que tiene Noël y sobre su enfermedad es mi ginecólogo. No sólo se trata de problemas psicológicos, hay alguna otra enfermedad necesariamente. Un niño con problemas psicológicos, no habla, no es limpio. Me ocultan cosas sobre Noël. Al comienzo todo era psicológico, ahora es también neurológico".

La terapeuta: "¿Qué es lo que le da miedo?"

La madre: "Mi ginecólogo me dice que esto tiene que ser genético. No es posible que sea tan agresivo"

La terapeuta: "¿Le da miedo todo esto?"

La madre: "¿Se da usted cuenta, puede herir a alguien y qué va a ser de nosotros?"

La madre habla de su responsabilidad para con otros, los vecinos, la familia. Entiende que la gente se distancie de ellos pero no lo acepta y esto la hace desdichada. Yo la siento triste y a punto de llorar cuando habla de amigos que se distancian.

Repite una y otra vez que es preciso que el Sr. HOUZEL decida algo en la próxima consulta para internar a Noël. “Bueno, ya sé que no le toca a él encontrar la solución, añade, pero es necesario que nos ayude a encontrar algo, aunque sea unas pocas horas al día”

2.^a sesión

A partir de esta segunda sesión se observa una transformación del ambiente. La madre se muestra mucho más atenta con su hijo, mucho más capaz de entender sus necesidades y de responder a ellas, mucho más adulta y maternal con su hijo que sufre, más responsable y menos reivindicativa.

Evidentemente el problema está lejos de haberse resuelto. Queda un largo camino por recorrer, van a aparecer nuevas tensiones entre Noël y su madre y nuevas amenazas de rupturas terapéuticas.

La inestabilidad y vulnerabilidad van a continuar durante mucho tiempo. Sin embargo, a partir de esta segunda sesión comienzan a aparecer en la madre unas capacidades insospechadas, capacidades que sin duda esperan a desarrollarse a condición de que se le ofrezca la ayuda necesaria.

La terapeuta: “Toco el timbre, Noël seguido de su madre viene a abrirme la puerta del jardín. Nos sentamos en la sala, encima de la mesa hay un juego electrónico, un juego que la Sra. F. sacó ayer.

La madre: “Su madrina se lo regaló el año pasado, dice. Su madrina le mimó demasiado, no tiene niños ni los tendrá nunca”.

Se trata de una hermana de la Sra. F.; le compra a Noël juguetes caros y como Noël los tira y los rompe, la Sra. F. duda en dejárselos.

Noël y su madre se ponen a jugar con este juguete. Hay puertas, ventanas, personajes que hablan y que cantan, colo-

res. Noël escucha, canta y repite a veces después de su madre, hay un momento de calma y de complicidad entre ellos. Después Noël señala la puerta de la sala nombrándola “¡Puerta!” y se pone a buscar a su padre que ha salido a hacer los recados. Comienza a enredar en el escritorio de su madre, y encuentra un peine que mordisquea. “No te metas eso en la boca, es de mamá”, le dice su madre, Noël lo tira hacia su madre.

“Eres malo”, le dice ella.

Noël tiene un momento breve de excitación dando patadas a la pared en el mismo sitio en el que ya ha roto y pintado el papel. Después limpia las manchas hechas por sus zapatos con sus manos y comprueba que sus manos no están sucias. Inmediatamente coge una pistola en la caja de juguetes y dice “¡pan, pan!”, y después “¡muerto!” mientras mira a la televisión en la que echan una película de tiros. Después se ve a un hombre tumbado en una camilla y Noël vuelve a repetir “¡Muerto!”, muy impresionado.

“No, no está muerto, le dice su madre, está durmiendo”.

La Sra. F. me habla de las fiestas de Navidad que van a llegar dentro de dos meses y medio. Las van a pasar los tres juntos, como todos los años desde que murió su padre. Anteriormente ella le invitaba. Habla largo rato de su padre, que era un hombre duro, que nunca la había aceptado porque era la tercera hija y él quería un hijo. A pesar de todo ella le invitaba en Navidad, mientras que sus hermanos y hermanas le dejaban solo. Además ella ha tenido poca relación con ellos o si la tiene es muy difícil. A una de sus hermanas le reprocha que educa a sus niños haciéndoles chantajes, les hace regalos carísimos, aunque tenga que endeudarse y pedir dinero a la Florence”.

La terapeuta: “¿Vd. se llama Florence?”

La madre: “Sí”

La terapeuta: “Es muy bonito”

La Sra. F. habla de su cuñado que le prometió dinero a Noël si comía su merienda, algo que enfadó mucho a la Sra. F. Hubo un conflicto familiar. Después, habla largo y tendido de su padre que murió hace tres años. Noël era pequeño, estaban de vacaciones en el extranjero en casa de una cuñada. Tuvieron que volver para el entierro. Su padre había muerto por la noche y cuando llegaron al día siguiente ya habían repartido todos los enseres, las flores y las placas ya estaban compradas, y ya no había nada más que hacer, ya no quedaba nada que pagar. Todo esto le sorprendió mucho, y se sintió excluida. Sin embargo se emocionó mucho al encontrar en la cartera de su padre una foto de su hijo.

La terapeuta le pregunta de qué hijo.

La madre responde: “Christian”, es decir el bebé que ella había perdido. Habla de él como si todavía estuviese vivo.

La madre: “Mi padre había guardado esta foto en su cartera. Yo la había tomado con ocasión de la primera y última Navidad de Christian. Nunca hubiese pensado que tuviera una foto suya. Al contrario, nunca se interesaba por Noël, que hasta entonces no había tenido realmente ningún problema. Un día, simplemente me dijo que había tenido miedo durante mi embarazo de que el niño también hubiese estado enfermo”.

Terapeuta: “No era muy expresivo”

La madre: “¡Ah no! no se ponía nunca en evidencia. Mi familia nunca se pone en evidencia. La de mi marido tampoco. Mi marido tuvo dos hijas de un primer matrimonio, a las que no ha visto desde hace más de diez años a una y desde hace muchos años a la otra, y sin embargo era su preferida. El la había salvado. Se enfadaron con él, porque mi marido se ocupaba de una chica joven encomendada a la DASS. El también había sido criado en la DASS. Le daba dinero a esta chica para sus cigarrillos y sus salidas. Venía a comer aquí con su hijo que sue-

le llamar a mi marido "papi". También la solíamos invitar en los cumpleaños y un día delante de la hija de mi marido, ella le llamó "papá". Desde entonces la hija y el padre no se ven más".

La terapeuta: "Ella no lo soportó".

La madre: "No, he hablado más tarde sobre ello con mi marido, pero no ha querido ceder".

La terapeuta: "No han conseguido darse explicaciones".

La madre: "No, ni lo han intentado".

La terapeuta: "Resulta difícil continuar con cosas 'no dichas'".

La madre: "Sí, mi marido sufre por ello, pero es así. Cuando hay encuentros familiares, sus hijos invitan a su madre pero nunca a su padre. Se nos ha invitado a dos de los doce bautismos. Con ocasión de la fiesta de los padres o de su cumpleaños, las hijas no vienen a ver a su padre".

Noël viene a hacer mimos a su madre varias veces.

Continúa: "Mis hermanos y hermanas acuden a la tumbas de mis padres, llevan flores, pero nunca van a la tumba de Christian aunque esté muy cerca. Incluso tengo un hermano que no vino al entierro. Son realmente egoístas".

Noël se dirige hacia el cajón del aparador, y reclama una cassette de vídeo. La madre se la pone; se trata de dibujos animados. Noël hace comentarios. Habla cada vez mejor y la terapeuta se lo señala a la madre. Después se dirige hacia el escritorio de su madre que le sigue por detrás para impedirle que enrede dentro.

La madre: "No; le dice. El día pasado estuviste enredando en mi escritorio y cogiste las llaves de mi oficina. Me vi obligada a volver a buscarlas".

Noël quería un bolígrafo. La madre coge uno y un folio y durante al menos un cuarto de hora, se pone a dibujar todo lo

que Noël le pide: “un pez”, “caracol”, “casa”, “sala de baño”, etc. La madre añade a la casa una chimenea y dibuja la lluvia y nubes. Luego pone ventanas y puertas a la casa y dibuja un camino.

“Papá”, dice Noël.

“Vamos a hacer a papá”, dice la madre, dibuja al padre,

“Nariz” dice Noël

“Nariz” dice la madre. Después dibuja a Noël dándole la mano a su padre, y luego se dibuja a sí misma dando la mano a su marido. Noël está muy excitado.

“Mano, mano”, dice Noël enfadándose. Su madre le enseña que ya ha dibujado las manos de mamá que da la mano a papá. Todos los personajes tienen pies excepto Noël. La madre escribe el nombre de cada personaje. Noël quiere que dibuje también a su perro y a un niño vecino. Noël está encantado. Se nota un placer y una complicidad compartidos entre la madre y Noël.

La madre y Noël me acompañan cuando finaliza la sesión. En el jardín nos encontramos con el padre que me dice “Buenos días”. La madre le explica que, Noël ha dibujado un caracol y que ella le ha hecho dibujos.

“¿Ha estado tranquilo?”, pregunta el padre,

“Sí”, dice la madre.

El padre: “Está bien. Con su juego dice cada vez más palabras. Vamos a tener que comprarle el otro juego con fichas, cada vez hay más palabras que aprender”

EL PROCESO TERAPEUTICO

Bajo todo tratamiento psicodinámico subyace un proceso que el terapeuta debe de favorecer creando las condiciones y

tratando de eliminar los obstáculos que se oponen a su desarrollo. El no lo controla; debe limitarse a destacar su trazado y a esforzarse en comprender su naturaleza. Esto es lo que tratamos de hacer en el “grupo de elaboración” cuando las terapeutas exponen sus apuntes de forma detallada una semana tras otra.

Destacaré los siguientes aspectos:

Función de receptáculo del sufrimiento parental

Gracias a su “escucha simpática”, a su capacidad de *atención*, el terapeuta puede jugar el papel de *receptáculo del sufrimiento de las padres*. El hecho de poder descargar, sin temor a ser juzgada, todo su desconcierto, toda su perplejidad, su vivencia depresiva, su angustia ante un niño que decepciona o que rompe una imagen de bebé ideal y que cuestiona la *competencia parental*, este hecho supone para la madre y a veces para el padre, una ayuda muy importante. La madre ya no se siente sola con el peso de sus sentimientos incommunicables e inconfesables; vive la experiencia de poder comunicar sus afectos dolorosos o vergonzosos y de poder compartir sus dudas y sus interrogaciones con otro adulto que no está allí para juzgar, ni incluso para aconsejar, sino para escuchar y para “reflexionar con”. Entiende que lo que vive internamente puede tener un sentido; que lo que ella siente con su bebé es algo a comprender y no a juzgar; que es posible también que las dificultades con las que ella se encuentra en su relación con él y que él sufre en su desarrollo pueden superarse si este sentido aparece poco a poco. Evidentemente nada de esto está explicitado, pero nos parece que se percibe de forma implícita.

Durante la primera sesión del tratamiento de Noël la terapeuta juega fundamentalmente este papel con esta madre que está desbordada por el sufrimiento.

Función de “recalificación” de los padres

Esta función tiene una aplicación muy especial con las madres de niños *autistas* y *psicóticos*. La práctica de los *tratamientos a domicilio* nos ha mostrado que estas madres están muy a menudo habitadas por un *fantasma de “descalificación”*. Llamo así al fantasma de sentirse incompetente como madre, de no saber encontrar las soluciones que hacen falta y que otra, sin lugar a dudas, hubiese encontrado. Ocurre como si estas madres se sintiesen tuteladas por una *imago materna* que les niega toda posibilidad y todo derecho a ser madres, de ahí el nombre de “*imago tutelar*” de esta instancia superyoica. Habitualmente está encarnada por un personaje del entorno de la madre, que siempre aparece en el transcurso del tratamiento: abuela materna del niño, suegra, hermana mayor, vecina, etc. A veces, se trata de una figura profesional, como una asistente social por ejemplo. La “*imago tutelar*” está siempre encarnada por un personaje femenino con mucha autoridad y muy competente.

Nos hemos dado cuenta de que esta “*imago tutelar*” está proyectada, en un momento u otro del tratamiento, sobre la terapeuta. La proyección se traduce en peticiones de consejos y opiniones profesionales, en confesiones de incompetencia o simplemente en conductas maternas tan inadecuadas que el terapeuta se siente muy tentado de señalar su inadecuación y de sugerir otras soluciones. Si lo hiciese no haría más que reforzar el sentimiento de *descalificación* de la madre. La *elaboración* de estas *proyecciones* es absolutamente fundamental para evitar la trampa. La experiencia nos enseña que, en general, basta con que la terapeuta no se identifique con esta “*imago tutelar*” proyectada sobre ella para que este círculo vicioso de la *descalificación* se abra y de paso a un círculo favorable en el que la madre, encontrando por sí misma las soluciones adecuadas, pueda sentirse poco a poco cada vez más segura de su *competencia materna*.

Dentro de este mismo tema de la descalificación entran también la búsqueda de soluciones externas que lleva a cabo la Sra. F. sus búsquedas de autoridades que dicten o que encuentren soluciones: los pediatras, el ginecólogo, el Sr. HOUZEL, así como su conflicto con la hija de su marido que pega a Noël y critica así implícitamente la actitud de la Sra. F.

Pero lo que más puede inducir a la terapeuta a realizar juicios descalificadores es el comportamiento materno tan inadecuado de la Sra. F. durante la primera sesión.

Función de clasificación de las confusiones de generaciones

Esta función es el resultado de las dos anteriores. Nuestra hipótesis es que, para comunicar con su hijo, la madre tiene que hacer un movimiento regresivo hacia sus propias “partes-bebé” y poder identificarse con su bebé y empatizar con él. Todo depende de la naturaleza de este movimiento regresivo: si se apoya en un mecanismo de identificación introyectiva, no le impide a la madre estar simultáneamente en contacto con sus “partes-bebé” y sus “partes-adultas”; las primeras le permiten contar con la sensibilidad necesaria para percibir lo que su bebé le comunica, las segundas son necesarias para hacer el trabajo de elaboración psíquica que estas comunicaciones arcaicas requieren; si por el contrario, el movimiento regresivo se apoya en una identificación proyectiva, en ese caso la madre se encuentra pillada de alguna manera en sus propias “partes-bebé” y cortada de sus “partes-adultas”. Ya no va a vivir a su niño como a su propio bebé sino como a un rival que va a quitarle su sitio y que amenaza su territorio y su integridad psíquica. En este caso se pueden producir distorsiones graves de las interacciones madre/niño así como una intolerancia por parte de la madre hacia su bebé. Se puede observar el mismo proceso en el padre.

Gracias a sus funciones de “receptáculo del sufrimiento parental” y de “recalificación de los padres” el terapeuta ayuda a evitar este escollo: en efecto, el sufrimiento parental es en gran parte el reflejo de un sufrimiento infantil que, gracias al terapeuta, encuentra un receptáculo que impide que el padre en cuestión no se sirva inconscientemente del bebé para vaciar en él este sufrimiento o para hacerle responsable del mismo. La ayuda que el terapeuta ofrece para que los padres vuelvan a recobrar la confianza en sus propias competencias actúa en una misma dirección facilitando el ejercicio de sus funciones parentales y favoreciendo el placer y el reaseguramiento narcisista unidos a estas funciones.

A través de todo el discurso de la Sra. F. se puede observar la violencia de las proyecciones de su propio sufrimiento sobre Noël, como si él fuese responsable del drama familiar, el que amenaza físicamente al entorno y les hace correr el riesgo de romper la pareja. Sin embargo, en la segunda sesión, junto a una tranquilización considerable en la relación de Noël con su madre, se observa que ésta evoca recuerdos familiares y habla de su padre, diferenciando así tanto las generaciones como las alegrías y las penas unidas a éstas.

Función de soporte identificadorio

Al igual que en *la observación de bebés* que nos sirve de base, asistimos a fenómenos *de identificación* de los padres con el terapeuta en sus *funciones de observación, atención y reflexión*. Que estos *procesos identificadorios* forman parte importante de la acción terapéutica es innegable. Descubrir, gracias al *soporte identificadorio* que ofrece el terapeuta, la posibilidad de interesarse por la actividad psíquica del niño, de encontrarle un sentido, de darse cuenta de los progresos, todo esto se debe al efecto producido en los padres por estos *mecanismos de identificación* con las funciones del terapeuta. Estos mecanismos les ayudan a encontrar poco a poco res-

puestas más elaboradas ante las *proyecciones* del niño en lugar de enzarzarse en *contra-proyecciones* que alimentan estos círculos viciosos interactivos.

A menudo nos hemos preguntado si hubiéramos podido ir más lejos en esta oferta de *soporte identificador* ofreciendo a los padres modelos concretos de respuesta al niño. Hubiera supuesto que el terapeuta saliese de su reserva para interactuar activamente con el niño en tal o cual circunstancia. Finalmente pensamos que dentro del encuadre de nuestra técnica terapéutica hay que descartar esta posibilidad. Cada vez que un terapeuta se deja llevar por el niño o por su entorno hacia una respuesta activa, nos parece que equivale a un “acting in”, o sea, que sirve para huir de una tensión emocional excesiva corriendo el riesgo de entrar en el círculo vicioso de la *descalificación* a la que me he referido.

CONCLUSION

Hasta la fecha hemos tratado por medio de esta técnica a diecisiete niños autistas y psicóticos. La evaluación de estos tratamientos, que exige muchos años de perspectiva, está en curso. La duración media de los tratamientos a domicilio es de dos años.

Tal como he indicado anteriormente, llega un momento en el que otras fórmulas de intervención terapéutica cogen el relevo del tratamiento a domicilio o incluso se le añaden cuando tratamos a niños autistas:

- Se ve regularmente a los padres en entrevistas que se realizan con una frecuencia mensual;
- El niño es tratado con una psicoterapia intensiva, a razón de tres a cuatro sesiones semanales, a partir de los dos años;

- Si sus progresos son suficientes, cuando alcanza la edad de tres a cuatro años intentamos integrarlo en un preescolar normal. Para ayudarlo en esta integración nos coordinamos todos los meses con el educador encargado del niño.
- Si la integración escolar no es posible, orientamos al niño hacia un Hospital de Día a tiempo parcial, abierto al exterior y continuamos con los tratamientos ambulatorios en marcha.

Desarrollar medios terapéuticos ambulatorios para los niños autistas y ponerlos en marcha cuanto antes me parece una apuesta importante tanto para ofrecer a los niños autistas y psicóticos las mejores oportunidades para reencontrar el camino de la comunicación y escapar del riesgo de la cronificación que conlleva todo tratamiento institucional como para penetrar en el misterio de la tendencia autista presente en el fondo de todo ser humano.

INTERVENCIONES PRECOCES EN LA PATOLOGIA PSICOTICA DEL POSTPARTO*

Elena Pérez Crim**

Cuando en el marco de mi trabajo clínico he estado confrontada con madres que en el momento del postparto han presentado una desorganización psíquica, sea sobre una forma psicótica o depresiva grave, he tenido la impresión de estar en presencia de una hecatombe psíquica, cuyas manifestaciones concernían sobre todo, al narcisismo, los procesos de identificación y límites del self y la culpabilidad.

En el plano del narcisismo, el nacimiento representa una pérdida del estado de complitud y de fusión narcisista con el feto, acompañado a veces de sentimientos de vacío que se expresan bajo la forma de incapacidad y de no saber hacer nada, como si realmente se hubiesen vaciado totalmente. En algunas madres, se puede producir una regresión tal, que hasta el sistema perceptivo se encuentra alterado. Es el caso de una paciente que al término de su embarazo y poco antes de dar a luz, estaba en un estado de estupor y de perplejidad al grado de no poder reconocer las contracciones que anunciaban el alumbramiento que tendría lugar dos horas más tarde.

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Psiquiatra. Servicio Médico-Pedagógico. Ginebra.

Por otra parte, la comparación entre el niño real y el niño fantasmático expone a estas madres a sentimientos muy contradictorios que van de la idealización a la desvalorización. La evolución de una relación de objeto narcisista con el niño a una relación objetal más diferenciada, está muy perturbada pasando alternativamente de la fusión al abandono. Todo el trabajo de reorganización narcisista y de duelo es particularmente complejo en estas situaciones.

Todo el proceso de identificación está puesto a dura prueba también. La identificación de la madre a su propia madre en sus dos vertientes es decir, en tanto que madre y en tanto que mujer. La identificación con el niño, va a movilizar las representaciones de ella misma como niña y las representaciones de la relación con su propia madre. En general a este respecto nos encontramos frente a fenómenos de confusión y pérdida de límites del self tan explícitos como podía expresarlos una madre cuando llamaba a su hijo de pocos meses mamá. Por ejemplo, cuando lloraba le decía: “¿qué pasa mamá?”. Cuando una vez le señalé esta confusión me dijo que tenía que meterse en la cabeza que su hijo no era un adulto y que no lo graba hacerlo.

Del lado de la culpabilidad, la realización fantasmática de los deseos incestuosos y la culpabilidad consecutiva toma en estas situaciones toda su fuerza. Por ejemplo, para una de mis pacientes, su hijo era un hijo del diablo y estaba amenazado de muerte. Esto reflejaba a mi parecer su manera de representarse la relación sexual como una relación demoniaca cargada de culpabilidad. Encontramos manifestaciones masivas de un superyo arcaico y persecutorio, que aparece proyectado en el niño, vivido como un perseguidor, o en el entorno, como se traduce en los temores que les roben el niño, que se lo cambien, o en fantasmas de filiación muy particulares.

Esta patología, como lo podemos deducir, conduce a un disfuncionamiento interactivo en la relación precoz madre - hi-

jo, con las consiguientes consecuencias en el desarrollo del niño.

Esto nos lleva a considerar de entrada estos niños en la categoría de niños a “alto riesgo” (el concepto de “alto riesgo” implica que, la presencia de elementos específicos que podemos identificar en el entorno o en el organismo aumentan la probabilidad de la aparición de una psicopatología), lo cual implica un abordaje asistencial que tenga en cuenta los diferentes factores de riesgo ligados a este tipo de situaciones.

Estos niños están expuestos a lo largo de su desarrollo a entrar en una relación patológica con la madre. Las interacciones se organizan más en función de las necesidades de la madre que las del niño, con movimientos de acercamiento y de rechazo excesivos, que les dan un carácter con frecuencia caótico e imprevisible.

Otros de los riesgos son los malos tratos reales, o potenciales, el abandono y las separaciones múltiples cuando no se encuentra un sustituto materno estable.

Por otra parte estas manifestaciones clínicas tan llamativas, que constituyen una situación de crisis (es decir un desequilibrio psicológico, emocional, y relacional), desencadenan tanto en el entorno familiar como en el contexto terapéutico, movimientos emocionales intensos y contradictorios como la negación de las perturbaciones graves de la relación, o actuaciones (reparación megalomanía, separación del niño para protegerlo de la influencia nefasta del entorno) susceptibles de conducir a medidas asistenciales inadecuadas.

Partiendo de la idea que para llevar a cabo un proyecto terapéutico es necesario tener en cuenta la globalidad de la situación, hace unos años con otros colegas de trabajo, nos propusimos reflexionar sobre ello y ver si era posible paliar las consecuencias de esos movimientos que comprometen la posibilidad de establecer un proyecto asistencial coherente.

En el equipo del Servicio de Guidance Infantil, donde trabajábamos, nosotros estábamos solicitados, en general, por otros terapeutas que se ocupaban de la situación. con el fin de aconsejarlos y de acompañar a la madre en su relación con su hijo a corto o largo plazo.

Nuestras preguntas eran las siguientes: ¿Es posible, a partir de la demanda inicial de asistencia y en función de lo que conocemos de la madre y de su entorno en el momento de la crisis, anticipar la ayuda y el modo de asistencia que serán necesarios a corto o largo plazo para la paciente y la familia?

¿Cómo, en un contexto caracterizado por una afiliación de urgencia, desencadenante como hemos dicho de movimientos emocionales intensos y contradictorios, y en el que participan generalmente varios especialistas (pediatras, psiquiatras, asistentes sociales etc.) se puede tomar la distancia necesaria para analizar la situación con el rigor deseado de manera que se pueda proponer una modalidad de relación terapéutica lo más satisfactoria posible?

Estas preguntas nos llevaron a estudiar nuestra casuística, con el fin de intentar comprender lo que había podido conducirnos, en ciertos casos, a instaurar medidas terapéuticas relativamente coherentes y lo que en situaciones que se revelaron particularmente difíciles nos había llevado a adoptar medidas que se revelaron inoperantes a lo largo del proyecto asistencial.

El estudio de nuestros casos nos confirmó prácticamente cada vez que un proyecto asistencial había sido inadecuado, podíamos imputarlo a un análisis inicial de la situación demasiado apresurado y por consiguiente incompleto.

Después de estas observaciones, intentamos ver si era posible de establecer unos criterios de evaluación que nos permitieran de concebir un proyecto asistencial lo más coherente y flexible posible. Digo flexible en el sentido de la posibilidad

de modificarlo y adaptado a las exigencias propias de cada momento de la evolución de la situación.

Los criterios que tuvimos en cuenta concernían la evaluación de: las funciones del yo, las relaciones de objeto, las relaciones sociales, y los aspectos profesionales y económicos, preexistentes a la crisis y en la actualidad.

Funciones del yo; tratamos de explorar la capacidad de adaptación de la paciente a situaciones nuevas, su capacidad de utilizar sus propios recursos y los de su entorno, su capacidad de identificar un problema. y su manera de hacer frente, su capacidad de anticipar en función de situaciones reales, la amplitud y limitaciones de sus campos de interés y evidentemente su contacto con la realidad.

Pero evaluar las capacidades y potencialidades de la madre no es suficiente, hay que tener en cuenta también su capacidad o no de actualizarlas. Esto me parece importante pues no siempre es fácil valorar el grado de autonomía o de dependencia en que se encuentra la paciente y esto puede llevamos a confrontarla a situaciones a las cuales no puede responder o al contrario a mantenerla en un estado de dependencia que no favorezca su mejoría.

Relaciones de objeto: aquí vamos a tener en cuenta la capacidad de la madre de establecer y mantener relaciones interpersonales, particularmente con su cónyuge y con su propia madre. La relación de la madre con su propia madre y con su pareja son un factor pronóstico más importante que la gravedad del diagnóstico clínico. Analizaremos también su nivel de discriminación de la imagen de ella misma y del otro en la relación y el reconocimiento más o menos diferenciado del otro como persona total o su utilización como objeto parcial.

De manera general, más la relación de objeto, tal como la percibimos contratransferencialmente o como podemos observarla en la interacción madre-bebé se aproxima de una rela-

ción de objeto total, tendiendo a integrar las imágenes buenas y malas de si mismo y del otro, mas nuestro proyecto asistencial tenderá a organizar un acompañamiento de tipo individual.

Por el contrario, como es el caso en la mayoría de nuestras pacientes, la relación de objeto está marcada por el sello de la indiferenciación y de la relación parcial. Esto hace necesario prever un equipo pluridisciplinario en el proyecto asistencial. Esta modalidad se presta más a poder tolerar y contener las múltiples proyecciones que sin el apoyo de un equipo de trabajo conducen a aptitudes o a actuaciones defensivas que dificultarían la posibilidad de establecer unas medidas adecuadas.

Relaciones sociales: evaluaremos los aspectos cuantitativos y cualitativos de los intercambios relacionales tanto con la familia nuclear como la más extendida así como con el grupo social del entorno. Este aspecto nos interesa en la medida que nos permitirá conocer el número y calidad de los recursos sobre los que podremos contar. La posibilidad de utilizar los recursos del contexto, permiten mantener la continuidad relacional de la paciente lo cual es un factor que puede favorecer su evolución a corto y largo plazo.

Aspectos profesionales y económicos: Formación profesional práctica y teórica adquirida, la estabilidad profesional, independencia económica. La dependencia económica con respecto al entorno es un indicador de fragilidad.

Después de una evaluación lo más completa posible de la situación y a la luz de lo que he dicho anteriormente, el proyecto terapéutico se centrará en la instauración y desarrollo de la relación madre-hijo que se encontrará facilitada por la situación de crisis en la medida que toda crisis ofrece nuevas posibilidades de reorganización psíquica sin focalizar la atención sobre la patología sintomática. Este proyecto lleva consigo, evitar la separación de la madre y el niño. Nosotros hemos observado que los días que siguen el parto, constituyen el momento de más alto riesgo de separación, aunque existe tam-

CAPACIDADES DEL YO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de adaptación a situaciones nuevas. - Capacidad de utilizar sus propios recursos y los de su entorno. - Capacidad de identificar un problema y manera de hacerle frente. - Contacto con la realidad.
RELACIONES DE OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de establecer relaciones interpersonales. - Nivel de discriminación de la imagen de si mismo. - Reconocimiento más o menos diferenciado del otro como persona total o su utilización como objeto parcial.
RELACIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad y calidad de las relaciones del grupo social con que puede contar.
ASPECTOS PROFESIONALES Y ECONOMICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Formación profesional práctica y teórica. - Estabilidad profesional. - Independencia económica.

bién en otros muchos, éste periodo exige un esfuerzo particular de presencia y de asistencia preventiva.

PROYECTO ASISTENCIAL. INTERVENCION DE CRISIS

Como he dicho cada una de estas descompensaciones del puerperio las abordamos en primer lugar como una crisis específica de la manera siguiente:

1. Intervención sobre la madre

Tratamos de ofrecer a la madre la posibilidad de establecer una relación de confianza, bien investida, con una persona que puede ser una enfermera, una asistente social, un médico que pueda acompañarla y apoyarla, de manera no acusatoria ni intrusiva en tareas concretas y limitadas en el tiempo en la relación con su bebé.

Una tarea difícil, como lo veremos en los casos clínicos de los que hablaré más tarde, es la de evaluar y ajustar la distancia madre-hijo y crear las condiciones que podríamos llamar de “seguridad” para que la madre y el niño puedan entrar en relación sin desorganizarse. Esta distancia es variable de una diada a otra y de un periodo a otro dentro de la misma diada, dándose desde la posibilidad de un mantenimiento a domicilio a la necesidad de la separación y crianza en otra familia.

En este modo de relación terapéutica no se trata de hacer interpretaciones. El terapeuta tiene más bien un papel de contención y de holding frente a la interacción madre-hijo. Comentar los comportamientos del bebé, sus emociones, permitir a la madre expresar los sentimientos arcaicos y la violencia que suscita en ella el bebé, valorar sus movimientos de cariño y ternura hacia él, ayudar a la madre a atenuar los sentimientos dolorosos ligados a sentimientos de inseguridad y de incompetencia, frente a la dependencia del niño, ofreciéndole así un modelo de identificación. Se considera que la interacción con el bebé es fuente de reorganización psíquica.

2. Intervención sobre el entorno

El otro punto importante en éste periodo de crisis es la intervención sobre el entorno, lo que implica establecer una alianza terapéutica con las relaciones significativas de la madre, particularmente con su cónyuge, y su propia madre, pero también con otros miembros de su red sociofamiliar si es necesario.

El padre necesita ser apoyado para no ser invadido por la psicosis de la madre y empujado a comportamientos de rechazo, de violencia de culpabilidad o de reparación omnipotente, y ayudarle a restablecer los sentimientos: de autoestima y de confianza

Es importante evaluar el papel que pueden tener los abuelos y particularmente la abuela incluso si las relaciones de base con la hija están perturbadas como suele ser el caso. Se trata de utilizar lo mejor posible esta relación y hacerla lo más funcional posible.

Es conocido que la duración de la crisis está en relación con la capacidad del entorno de hacerla frente y la evolución es más favorable cuando la paciente está integrada en una red familiar y social estable. La ausencia del padre, sin embargo, es un factor que agrava el pronóstico.

Cuando el entorno familiar carece de recursos, puede hacerse necesario utilizar otros de la comunidad, para aumentar así los medios terapéuticos. Por ejemplo ayudas a domicilio, intervención de otros servicios, o integración en otra familia cuando el entorno es totalmente carencial o inadecuado.

3. Continuidad de cuidados tras la intervención en crisis

En algunos casos el tratamiento se termina con la intervención de crisis, que puede ser relativamente breve como en uno de los casos que describiré en el cual la paciente había logrado un equilibrio satisfactorio, aunque no óptimo, que le permitía adaptarse a las necesidades del niño y asumir las responsabilidades familiares.

En estos casos, teniendo en cuenta la fragilidad residual tanto de la madre como del grupo familiar, puesto que las manifestaciones psicóticas del puerperio atestiguan trastornos

subyacentes, es conveniente mantener un contacto en la medida de lo posible con la paciente y con el entorno.

En otras situaciones puede hacerse necesario después de la intervención de crisis, otro tipo de medidas terapéuticas específicas cómo puede ser: una terapia de pareja una terapia individual o intervenciones específicas sobre el contexto.

La indicación de una terapia de pareja se plantea cuando el equilibrio relacional de la pareja continúa siendo disfuncional, lo cual provoca descompensaciones repetitivas de la paciente y una situación de stress en el cónyuge con la imposibilidad para la pareja para desempeñar su función de padres. (Lalive, Manzano 1981)

La psicoterapia individual apuntará a una reorganización de los vínculos emocionales de la madre con el fin de disminuir la tendencia proyectiva sobre el entorno y particularmente sobre el niño

Cuando el niño ha tenido que ser separado de la madre y acogido en otra familia o en un hogar, una intervención sobre el contexto es necesaria a varios niveles:

1. En la negociación de las relaciones complejas que se establecen entre la madre y las personas que se ocupan del niño, cuando no ha habido abandono y que un vínculo relacional ha podido mantenerse con la madre.
2. El lactante integra muy precozmente los esquemas interactivos y va a incitar activamente al sustituto materno para reproducir las actitudes anteriores de la madre, iniciando (entablando) así una espiral transicional nefasta que puede desembocar en actitudes muy contradictorias de parte de los adultos y en una cadena sucesiva de separaciones.

Estos niños en contacto con su madre, encuentran instantáneamente los comportamientos anteriores. Esto nos mues-

tra, que el niño, no solamente ha incorporado las primeras relaciones con su madre si no que además, constituyen un vínculo privilegiado con ella.

GRUPO DE DISCUSION ABIERTO

En la asistencia de la patología del puerperio existen diferentes modelos de intervención, por ejemplo la constitución de un unidad de cuidados específicos como se practica en París en el equipo de M. David y M. Larnour.

En Ginebra, en razón de una óptica de psiquiatría comunitaria (J. Lalive J. Manzano 1975) se optó por la constitución de un grupo pluridisciplinar que se reunía mensualmente abierto a terapeutas de profesiones diversas (pediatras, asistentes sociales, enfermeras etc.) y terapeutas de diferentes unidades del departamento de psiquiatría a otras instituciones no psiquiátricas, particularmente las que se ocupan de protección de la infancia y la juventud.

Numerosos autores que han puesto en evidencia (Racamier 1970, Searls 1981) las dificultades que encuentra un terapeuta en el tratamiento de psicóticos, estas dificultades se encuentran también con las madres que presentan una descompensación psicótica en el postparto, agravadas por el riesgo de hiperinvolvemento del terapeuta.

Reuniones regulares del grupo de terapeutas, permite la elaboración objetiva de un proyecto terapéutico la distribución de tareas y roles según los objetivos fijados, evitando así caer en la subjetividad.

Las reuniones de grupo son también el lugar donde hablar y elaborar los diferentes conflictos entre los diversos terapeutas inducidos por los mecanismos proyectivos de estos pacientes y de su entorno. (Racamier 1970.)

CASOS CLINICOS

A continuación trataré de ilustrar lo que acabo de decir así como las diferentes dificultades que pueden presentarse a lo largo de los cuidados asistenciales en las descompensaciones del postparto, a través de dos ejemplos clínicos.

La Sra. S.

La Sra. S conocía a su marido desde la edad de 18 años y tenía 24 cuando dio a luz en la maternidad a su primera hija. Carolina nació después de un embarazo que la madre había deseado e idealizado mucho, contrariamente al padre que no tenía demasiadas ganas de tener hijos. El parto fue largo con anestesia peridural y seguido de una hemorragia que necesitó una transfusión de sangre. El padre asistió al parto, el bebé estaba bien y la madre pudo alimentarlo el primer día. En los días siguientes, la paciente se sintió muy cansada, incapaz de ocuparse de su bebé y entró en un estado de agitación con manifestaciones de una sintomatología psicótica, sentimientos de no reconocimiento hacia su bebé que le parecía como una muñeca, un bebé muerto, tenía ideas delirantes de persecución (la miraban mal, le hacían reproches) su discurso estaba desorganizado y estaba muy ansiosa. Diagnosticada de psicosis del postparto, fue trasladada al hospital psiquiátrico sin su hija quien quedó al cuidado de las enfermeras de una clínica obstétrica cercana al hospital.

La paciente fue tratada con neuroléuticos al mismo tiempo se propusieron entrevistas con el marido y el equipo terapéutico del hospital organizó la posibilidad de que la madre pudiese mantener contacto diariamente con su hija.

Acompañada de una enfermera, la Sra. S. iba por la mañana y por la tarde a estar con su hija, en un momento que coincidía con la hora del biberón del bebé. En la medida de lo posible era ella quien se lo daba pero los primeros días esto era

difícil pues a pesar de que ella deseaba ir a ver a su hija, estaba muy desconcertada frente a ella. Con el apoyo de la enfermera pudo poco a poco lograr seguridad y sentirse menos amenazada por su presencia.

El padre se mostró colaborador e implicado en la situación, iba regularmente a ver a su hija y a su esposa y participó en las entrevistas que se le propusieron. La madre de la paciente también estuvo muy presente en este período.

El proceso psicótico en esta situación, se reabsorbió en pocos días pero apareció después un estado depresivo que se trató con antidepresivos.

En este caso, yo no intervine en el período de crisis. Fui solicitada en tanto que especialista del desarrollo del niño y de la relación madre-hijo en el momento que se empezó a proyectar la salida de la paciente del hospital. después de un mes de hospitalización, con el fin de evaluar y organizar las condiciones del regreso a su domicilio.

A la hora de considerar la salida del hospital, nos encontramos con los datos siguientes: La Sra. S. era la mayor de dos hermanos. Su padre, descrito como un hombre impulsivo murió a la edad de 52 años de una septicemia consecutiva a una operación de hernia discal. A la muerte de su padre la Sra. S. presentó un estado depresivo que necesitó una hospitalización en medio psiquiátrico seguido de un tratamiento ambulatorio durante algunos meses.

La madre de la paciente es una mujer muy dinámica y activa con un carácter fuerte frente a quien su hija se sitúa como una niña pequeña sumisa e inferior al mismo tiempo que la idealiza mucho. Actualmente tiene una vida afectiva estable, aunque no se ha vuelto a casar. La paciente parece tener buena relación con el amigo de su madre.

Con su hermano dos años más joven que ella no tiene mucho contacto, pues se dedica al mundo de la música y pasa largos períodos de tiempo en el extranjero.

El Sr. S. es un hombre también joven, tímido, que expresa poco sus emociones, frágil pero bien protegido por defensas del carácter de manera que es poco accesible a su mundo interno. Es hijo único y se muestra distante de sus padres que están divorciados:, sin embargo está bien integrado en la familia de su esposa que él ha investido como una familia de sustitución. Tiene formación y es estable en su trabajo.

En el contexto familiar contaban también las dos abuelas de la Sra. S a quien ella estaba muy ligada afectivamente.

La Sra. S. había hecho la misma formación profesional que su madre recepcionista-telefonista y trabajaba desde hacía varios años en la misma empresa con un sentimiento de estar bien integrada y manteniendo buena relación con sus superiores. Ella tenía la intención de retomar su trabajo después de su permiso postnatal.

Si nos referimos a nuestra escala de evaluación, a nivel de las *relaciones de objeto* observamos que la paciente tenía relaciones estables con su madre su marido y otros miembros de la familia sin mayores conflictos manifiestos. A un nivel más profundo, podíamos entrever una problemática de individuación con respecto a la madre y al marido que se hará más evidente en otro momento de su evolución. Por otra parte las relaciones terapéuticas estaban bien investidas siendo capaz de recibir ayuda y de gratitud.

Con su hija, estaba atenta a sus necesidades, se mostraba afectuosa pero aunque había ganado confianza todavía temía mucho no saber ocuparse de ella. Esta joven pareja estaban insertos en un contexto sociofamiliar en el que podían contar de manera activa con la madre de la paciente y con otros apoyos relacionales y afectivos como las abuelas y un círculo de amigos entre los que habían elegido los padrinos de su hija.

En cuanto a las *capacidades del yo*, podemos decir que la Sra. S. tenía una percepción realista de ella misma, sintiéndose capaz de volver a su casa pero consciente de su inseguri-

dad y de su fragilidad temiendo sentirse sobrepasada y no llegar a ocuparse de su hija. En la vida corriente, era una persona activa, preocupada por su hogar cuidando cada detalle de manera un poco obsesiva. Hacía muchas cosas, a parte de los trabajos cotidianos como ganchillo, punto, pero su hobby eran las flores secas con las que hacía cuadros muy bonitos.

Al análisis de estos elementos, es decir, el estado de la paciente, lo que habíamos podido observar de su relación con su hija y con las diferentes personas significativas para ella, sus antecedentes socioprofesionales y el deseo de los padres convinimos que el tratamiento podría continuarse ambulatoriamente. Fue en este contexto que yo conocí a la paciente con quien tuve dos entrevistas antes de que saliese del hospital con el fin de establecer una alianza terapéutica y poder proseguir el tratamiento. La paciente me invistió de manera positiva de entrada pues yo representaba para ella la persona que podría ayudarla a recuperar su estado habitual y a poder ocuparse de su hija con la esperanza de poderse olvidar lo que le había pasado.

Convinimos con ella y su marido que una enfermera iría a domicilio una vez por semana para apoyar a la madre, yo misma vería a la paciente también una vez por semana con el fin de poder hablar y entender las dificultades que podía encontrar en la relación con su hija y en su nuevo papel de madre y ayudarla también a integrar la vivencia, para ella traumática, del postparto pues se sentía profundamente herida y frustrada de lo que le había pasado. Además había que controlar la medicación.

Venía regularmente a las entrevistas y su discurso estaba centrado en la necesidad de asegurarse que todo iba bien. Generalmente venía a las entrevistas con su hija y se mostraba muy orgullosa de ella. Carolina, solía estar tranquila, cuando no dormía parecía un bebé interesada por el entorno y entraba fácilmente en interacción con la madre o conmigo. La madre estaba atenta a sus manifestaciones y necesidades y me parecía

que había una buena adaptación entre ellas. La paciente recuperó bastante rápidamente su funcionamiento habitual, siendo capaz progresivamente de asumir su hija y su familia de manera satisfactoria. Tuvo un momento de gran ansiedad cuando su marido, que había tomado dos semanas de vacaciones para poder apoyarla, empezó a trabajar, pero logró sobrepasarlo bien. También temía un cambio de domicilio que realizaron en ese período pero pudo adaptarse bien y nuestras entrevistas terminaron cuando se sintió segura en su casa nueva. El tratamiento duró en total seis meses.

A lo largo de estos seis meses, pudimos abordar algunos aspectos del duelo de la muerte del padre, que se reavivaron de manera evidente con su experiencia de la maternidad. Por ejemplo algo que despertó muchísima angustia en ella, fue el temor de morir de una septicemia, como su padre, a causa de la transfusión que tuvo que recibir después del parto. Tanto la muerte de su padre como la experiencia de la hospitalización, eran vivencias de las que la paciente estaba bastante desconectada y pude observar que en su manera de funcionar, tenía tendencia a disociar los afectos dolorosos, particularmente de tristeza y a racionalizar sus experiencias.

Estos mecanismos nos condujeron al hecho que, cuando la paciente se sintió capaz de asumir sus responsabilidades sobre un plano concreto ya no había necesidad de continuar recibiendo más ayuda. Yo me quedé con el sentimiento que solamente le era posible elaborar conflictos en momentos de crisis.

Unos meses después recibí noticias tuyas por teléfono, me dijo que todo iba bien y no volví a saber nada más hasta cuatro años más tarde, cuando la Sra. S. me llamó con la necesidad de asegurarse de que me acordaba de ella. Estaba en su sexto mes de embarazo de su segundo hijo y quería saber si yo estaría de acuerdo de ocuparme de ella si se presentaba algún problema en el postparto.

Tuvimos una entrevista en la cual sobresalía la lucha de la paciente entre el temor de una nueva descompensación y la necesidad absoluta de convencerse que esta vez podría reparar la herida todavía muy dolorosa de su precedente experiencia.

Esta lucha se reflejaba en su decisión de venir a verme pero sin poder aceptar otra entrevista que le propuse con su marido porque eso sellaba para ella la posibilidad de un nuevo traumatismo. Sin embargo varios signos me hacían pensar que no iba bien. Una cierta inadecuación en su indumentaria, hacía frío e iba vestida con ropa ligera. Tenía problemas de sueño. Insistía en que su hija Carolina estaba muy contenta de tener una hermana y se alegraba de poder ayudar a su madre. Eso me hizo pensar en una confusión con su hija de quien esperaba que ésta pudiese asumir lo que ella temía no poder hacer.

Tres meses más tarde fue el marido quien me llamó alarmado porque desde hacía dos días su esposa estaba en un estado de desorientación y perplejidad total, sin poder entrar en contacto con ella. Los recibí unas horas más tarde y en efecto la Sra. S. presentaba un estado que podríamos llamar de estupor catatónico, con una mirada perdida, sin decir una palabra, inmóvil, desorientada y desconectada de toda sensación y percepción hasta el punto que fui yo quien percibió que la Sra. S estaba teniendo contracciones cada vez más frecuentes. Consideré que lo urgente en esos momentos era el parto y aconsejé al marido que la llevara enseguida a la clínica. Informé al ginecólogo del estado de la paciente y me propuse ir a verla al final de la tarde. Debo decir que el estado de la paciente, impresionó enormemente al personal de la clínica y que yo había minimizado el efecto que podía tener sobre un personal que no está acostumbrado a ver ese tipo de patología. El parto fue muy rápido y fácil y el bebé estaba muy bien.

Cuando llegue al hospital, me estaban esperando ansiosamente para trasladar a la paciente al hospital psiquiátrico, co-

sa que tuve que hacer sin poder negociar ninguna otra posibilidad.

Cuando fui a ver a la paciente, estaba acompañada de su marido y dos enfermeras, tenía su hija sobre ella. La actitud de la madre variaba entre pequeños momentos de satisfacción de ver y sentir a su hija pudiendo tener gestos adecuados hacia ella, seguidos de momentos en los que estaba agitada, perpleja, desconectada de la realidad. Las ideas delirantes concernían sobre todo a la filiación viendo a su marido como un representante del diablo. Cuando nos pareció que la presencia de su hija era demasiado angustiada, fue la enfermera quien se ocupó de ella.

En este contexto acompañe a la paciente al hospital psiquiátrico y en colaboración con el padre y el médico del hospital organizamos el mismo modo de asistencia que la primera vez: tratamiento neuroléptico, visitas diarias a la clínica y entrevistas con el marido.

La remisión de su estado fue muy rápida y basándonos en la evolución de la primera descompensación y en el hecho de que los recursos familiares y el contexto socioprofesional no habían cambiado, decidimos el retorno de la paciente a domicilio con el bebé al cabo de dos semanas de hospitalización.

Yo seguí viendo a la paciente con su marido y el bebé una vez por semana. Después de una mejoría que siguió a las primeras semanas de regreso a casa, hubo una regresión y empeoramiento al mismo tiempo que se fue descubriendo en las entrevistas un conflicto conyugal importante. En realidad la concepción de este segundo hijo se situaba ya en ese contexto y en la cabeza de la madre tenía como misión retener al padre.

En las entrevistas el Sr. S. se mostraba afectuoso con su hija y asumía un rol de sustituto materno, al mismo tiempo que estaba muy agresivo con su esposa, haciéndole muchos re-

proches, y con actitudes muy inadecuadas hacia ella. La Sra. S. se fue sintiendo cada vez más amenazada y fracasada en su deseo de reparar su primera experiencia y de salvar la pareja. Finalmente tuvo que ser hospitalizada nuevamente con un estado depresivo grave. El Sr. S. decidió separarse de su esposa quien tuvo muchísima dificultad de elaborar el duelo de esta separación. En este período, se puso de manifiesto una relación muy dependiente hacia su propia madre y hacia el mundo con un sentimiento de identidad propio extremadamente frágil.

Poco a poco pudo llevarse a cabo un trabajo de individuación que consolidó su sentimiento de confianza y su capacidad de autonomía, y un día me dijo “Conocí a mi marido cuando tenía dieciséis años y no pude forjarme una personalidad propia, por eso me ha sido tan doloroso separarme de él”. La hospitalización duró casi un año, y como el Sr. S. no podía ocuparse diariamente de sus hijas, tuvimos que buscar nuevas soluciones.

La hija mayor pudo ser acogida en la familia de su madrina que era como dije una pareja amiga de los padres que tenían dos hijos, uno de ellos de la edad de Carolina. La niña pequeña Camila, fue acogida en un hogar donde la madre iba a verla cada más o menos tiempo según el estado en que se encontraba y siempre acompañada por una enfermera. Este nuevo encuadre, implicaba la necesidad de hablar regularmente con las cuidadoras del jardín de infancia del hogar que se ocupaban de Camila así como con las enfermeras que acompañaban a la madre y que estaban confrontadas con las interacciones madre-hija con frecuencia difíciles de gestionar. La madre podía estar por momentos muy inhibida, con poca expresión de emociones, muy lenta en sus reacciones con momentos de desinterés por su hija. Todo esto provocaba gran malestar y sentimientos contradictorios en las personas que la asistían. Camila se mostraba muy ligada a su madre y todo signo de reconocimiento de su hija hacia ella, así como la verificación de

que se iba desarrollando normalmente, eran elementos organizadores para ella.

Dado que la evolución de la paciente era muy lenta, ya que el padre se había despreocupado particularmente de Camila, se buscó una familia de acogida para las dos niñas, con quien la madre pudo establecer una relación de confianza y quien actualmente continúa siendo una familia de referencia para la Sra. S.

Un trabajo de apoyo se hizo acerca de esta familia en todo el trabajo de adaptación de Carolina y de Camila por el asistente social del Servicio de la protección de la infancia.

A medida que el estado de la paciente fue mejorando y que pudo salir del hospital para regresar a su casa se fue organizando la posibilidad de que la madre pasara una tarde con sus hijas, un fin de semana, etc., hasta que le fue posible poder ocuparse de manera continua de ellas. Todo esto exigía un trabajo de colaboración entre todas las personas que se ocupaban de la situación, psiquiatra, enfermeras asistente social, familia de acogida y yo misma.

La madre de la paciente siguió teniendo una relación de apoyo hacia su hija. El marido aunque se alejó de sus hijas en los primeros meses de su separación, siempre ha mantenido el contacto con ellas. Las ve regularmente cada quince días el fin de semana y pasan con él la mitad de las vacaciones.

En cuanto a la evolución de estas niñas brevemente puedo decir que se han desarrollado normalmente, son inteligentes, siguen bien su escolaridad. La mayor tuvo algunas dificultades al principio del aprendizaje de la lectura y escritura y siguió un tratamiento de logopedia durante un año, es una niña bien adaptada, descrita por su madre como poco afectuosa y vulnerable. Camila es una niña muy viva cariñosa, sensible a los estados afectivos de la madre, un poco hipermadura en ese sentido. Hace un año indiqué una psicoterapia para ella porque estaba agitada y desbordada por fantasmas sexuales y agresivos.

vos demasiado crudos y eso repercutía en su relación con sus compañeros en la escuela.

La Sra. R.

La Sra. R de origen italiano, fue educada por su abuela materna desde la edad de los dos años hasta los trece que vino a Ginebra con sus padres donde ellos trabajaban. Desde el primer momento la relación con su madre fue muy conflictiva y esto motivó una consulta en el Servicio Médico Pedagógico durante su adolescencia. La relación con su padre era mejor. Murió cuando la Sra. R tenía 24 años. Con su hermano más joven que ella, tiene una relación también bastante conflictiva. Conoció a su marido cuando tenía 19 años y se casaron ocho años después. Trabajaba como obrera en una joyería, era muy eficaz en su trabajo y en las tareas de su casa. Era una mujer muy organizada y activa, y asumía muchas cosas en su pareja. El marido también de origen italiano era más dependiente y pasivo.

Hacía dos años que estaban casados, cuando decidieron de tener un hijo. Durante el embarazo la Sra. R engordó 30 kg., se sentía muy ávida y con ganas de comer todo el tiempo. En el sexto mes de su embarazo, murió su abuela de un cáncer de páncreas. Esto la afectó muchísimo, pues le hubiese gustado mucho mostrar su hijo a su abuela, quien para ella era el modelo materno. El parto fue normal, el niño que llamaré Lucas estaba bien. La madre del marido había venido para acompañar a la Sra. R en las primeras semanas después del nacimiento, y todo iba bastante bien hasta que la abuela regresó a su país dos semanas más tarde como había sido previsto. La Sra. R comenzó a sentirse totalmente incapaz de ocuparse de su hijo, en quien ella proyectaba una imagen muy ávida y dependiente imposible de satisfacer. Diferentes tentativas de asistencia, a través de enfermeros a domicilio que aconsejaron a los padres consultar con un especialista fracasaron y ellos

mismos decidieron viajar a Italia a casa de la abuela con la esperanza de que en su compañía, la madre se sentiría más segura y capaz de ocuparse de su hijo. Esto no fue así, la Sra. R estaba cada día más deprimida y tuvo que volver a Ginebra, y ser hospitalizada pues presentaba un estado depresivo melancólico grave (ansiedad, insomnio, sentimientos de incapacidad, de incurabilidad, de indignidad, ideas de suicidio con pasos al acto en momentos de desinhibición). A Lucas lo habían dejado con la abuela y esta separación culpabilizaba y despertaba en la madre sentimientos de abandono que ella misma había vivido y que eran fuente de una agresividad enorme. Los dos padres se sentían muy dolidos de estar separados de su hijo pero al mismo tiempo se sentían incapaces de asumirlo.

El primer modo de intervención realizada en el contexto del hospital, se centró, en ayudar a los padres a encontrar en qué condiciones y con qué ayuda podrían lograr ocuparse de su hijo y mantener la relación con él. El padre que hasta ahora se había mostrado, dependiente y pasivo empezó a asumir un papel activo y a poder imaginarse en su rol de padre e incluso como sustituto materno, haciendo prueba también de un fuerte apego a su esposa y a su hijo.

Lucas tenía ya seis meses cuando el padre fue a buscarlo, y como la madre estaba todavía hospitalizada, durante el día era cuidado por la portera de la casa con quien ellos tenían buena relación y que jugaba un papel de abuela hacia ellos. Cuando el padre volvía del trabajo, recogía a su hijo y se ocupaba de él.

La madre deseaba ver a su hijo pero estaba muy angustiada frente a él. Iba una hora cada día a estar con él acompañada de una enfermera. Fue al poco tiempo de instaurar este tipo de visitas cuando las enfermeras solicitaron la colaboración de un paidopsiquiatra, pues estaban muy desconcertadas e inquietas frente a la relación de la Sra. R con su hijo, de manera que no sabían como ayudarla.

En efecto, la Sra. R entraba en un estado de ansiedad y de angustia muy grande en el momento que se encontraba con su hijo. Tenía gestos muy rígidos (mezcla de amor y de odio) y el niño empezaba a llorar nada más verse en brazos de su madre. Esto evidentemente aumentaba su inseguridad y la daba la impresión que su hijo tenía miedo de ella, como ella misma tenía miedo de sus propias pulsiones hacia él. Estaba invadida por el temor de dañarlo y de ahogarlo, y tenía actitudes muy intrusivas y sádicas con él. Por ejemplo le limpiaba constantemente las manos, los oídos y la nariz hasta hacerle llorar. Después de cada cucharada de comida que le daba, se sentía obligada a limpiarlo alrededor de la boca. No podía soportar que su hijo estuviese sucio, además cada vez que lloraba, ella suponía que era porque estaba sucio y tenía que verificarlo inmediatamente. A lo largo de las entrevistas con ella pude comprender, que esto estaba en relación con la imagen de una madre que le obligaba a hacer la limpieza bajo amenaza de pegarle. El niño aquí aparecía identificado a la madre que le obligaba a limpiar al mismo tiempo que identificada ella misma a la madre temía pegar a su hijo cuando éste se manchaba.

Los deseos agresivos hacia su hijo eran muy conscientes y la paciente sufría mucho porque estaban en contradicción con los sentimientos de amor, el apego que tenía hacia él y su deseo de ser una madre perfecta. Sus exigencias en este sentido eran sin límites y se vivía como totalmente incapaz, nula y mala madre. Por otra parte. la dependencia y exigencias propias del bebé despertaban en ella deseos muy primitivos, el bebé se encontraba en el lugar que ella reivindicaba y aparecían con frecuencia confundidos en su discurso como cuando ella lo llamaba mamá.

Frente a este disfuncionamiento interactivo tan masivo, se impuso reducir las visitas a domicilio y favorecer la posibilidad de que la paciente se encontrase con su hijo en el hospital en compañía del padre con quien el niño se sentía más seguro. Nuestra hipótesis era que en este contexto, la madre se senti-

ría menos amenazada por la presencia de Lucas ya que podría apoyarse en su marido y que no tendría una tarea precisa que realizar con su hijo, como era el caso cuando lo veía en la casa. Este nuevo encuadre, aportó un alivio para la madre, y nos permitía ayudarle poco a poco a integrar los sentimientos violentos que la invadían en su función de madre.

Debo decir que el tratamiento de esta paciente presentó grandes dificultades, tanto en el marco del hospital como en la relación madre-hijo. Su evolución fue muy lenta y estuvo sembrada de numerosos intentos de suicidio más o menos serios. Su actitud, quejosa, exigente, dependiente, nunca contenta despertaba sentimientos y contraactitudes agresivas entre las diferentes personas que se ocupaban de ella, haciendo necesarias reuniones regulares para poder comprender y elaborar todo lo que esta paciente depositaba y provocaba en cada uno de nosotros.

Presentaba un funcionamiento sobre un modo oral muy regresivo, con una agresividad violenta dirigida a la imago materno, cuando no estaba dirigida contra ella misma, (intentos de suicidio) bajo la forma de reproches y reivindicaciones de todo orden, negando que pudiese haber un vínculo entre su relación con su madre y lo que vivía con su hijo.

Entrevistas regulares con la pareja, permitieron al padre poder sobrepasar momentos de depresión y de desesperanza ligados al estado de su esposa y a su decepción frente al sentimiento de haber fracasado en su proyecto familiar.

Cuando la paciente pudo salir del hospital, su estado era todavía frágil y fue necesario continuar la asistencia en el marco de un Centro de Día donde la paciente es seguida actualmente. Además, fue apoyada durante tres años por dos enfermeras a domicilio, a una frecuencia de una o dos veces por semana según su estado.

Si no se instauró una psicoterapia con esta paciente, fue porque pudimos observar que estaba demasiado invadida por lo que vivía en la actualidad, y un encuadre psicoterapéutico era demasiado frustrante para ella e insuficiente para contener su estado de regresión y dependencia.

En mi relación con esta familia, yo estaba investida como la persona garante de la evolución de Lucas. Mi papel consistía en apoyar y asesorar a las personas que trabajaban directamente con la familia y que se ocupaban de Lucas, como las cuidadoras del Jardín de Infancia y las maestras. También lo veía en consulta de vez en cuando para hacer una evaluación de su desarrollo.

Lucas presentó un ligero retraso del desarrollo del lenguaje, problemas relacionales con sus camaradas en el Jardín de infancia, en la escuela buscaba la compañía de otros niños y era apreciado pero estaba distraído, le costaba terminar sus tareas, solicitaba enormemente a la maestra, parecía inquieto e inseguro. Lucas era un niño inteligente, simpático que llamaba la atención por su capacidad de expresar su necesidad de ser ayudado para contener su mundo interno conflictual y caótico, por momentos poblado de fantasmas amenazadores que le expresaba en forma de miedos de las calderas de calefacción, del aspirador, del ascensor, de los circuitos eléctricos. Yo hice un diagnóstico de personalidad límite.

Los padres no pudieron aceptar ninguna medida terapéutica específica para Lucas, hasta el momento en que la madre se sintió ella misma mucho mejor, entonces pudieron identificarse con la posibilidad de que Lucas podía mejorar si recibía ayuda. Lucas, empezó una psicoterapia tres veces por semana cuando tenía siete años y está siguiendo una evolución muy buena. Yo sigo siendo la persona de referencia de la evolución de Lucas para los padres con quien mantengo un contacto regular.

BIBLIOGRAFIA

- DAVID, M. 1987. "Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel". *Perspectives Psychiatriques* 6/1, 7-21.
- DUFOUR, R, LAMUNIERE, M. C. Y PÉREZ, E. 1980. "Interventions multiples, interventions Individuelles?" en Garrone, G., Jablensky, A. y Manzano, J., *Jeunes Parents Psychotiques et leurs enfants*: Lyon Villeurbanne: SIMEP.
- GAMER, E. GALLANT, D. Y GRUNEBAUM, 1978. "Children of Psychotic Mothers", *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 311-317.
- GARRONE, G, JABLENSKY, A. Y MANZANO J., 1988. *Jeunes Parents Psychotiques et Leurs Enfants*". Lyon Villeurbanne: SIMEP.
- HOCHMANN, J., NESPOR, C. Y GRAVIER, S., 1984. 'Les mères psychotiques sont-elles de bonnes mères ?', *L'information Psychiatrique*, 60/1, 29-41
- LAMOUR, M. Y BARRACO, M., 1988. "Le nourrisson de mère psychotique: une singulière exposition", *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. 12, 105 - 118.
- MERIET, A. Y ROTTMANN, II., 1988. "Le maintien des liens avec un parent psychotique et son impact sur le développement du nourrisson." *Perspectives Psychiatriques* 6/1, 23-30.
- RACAMIER, P., 1961. "La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum". *Evolutions Psychiatriques*, 525-570.

INTERPRETACION Y ENCUADRE EN LA PSICOTERAPIA DE LA PRIMERA INFANCIA*

Joana Tous**

Sabemos que los aspectos psicopatológicos de la personalidad –como sucede con los sanos– se organizan dentro de las relaciones objetales, en primera instancia dentro de la relación con las figuras parentales, y que dicha relación se va repitiendo y modificando en uno u otro sentido con las sucesivas relaciones objetales. Nuestra función como psicoterapeutas consiste en brindar al paciente la posibilidad de organizar una nueva relación, que permita la comprensión de lo que el paciente inconscientemente tiende a repetir y a través de la comprensión de esta nueva relación, modificarla en la medida que sea posible. Esto permite aliviar las limitaciones y el sufrimiento.

Los elementos que permiten la organización de esta nueva relación terapéutica son: el setting y la interpretación.

SETTING

Para que se pueda dar el proceso terapéutico, es necesaria la existencia de algo que no es realmente el proceso tera-

*Ponencia presentada en el VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Barcelona del 2 al 4 de octubre.

**Psiquiatra.

péutico pero, sin lo cual éste se hace muy difícil, algo que Bleger llama un no-proceso, este no proceso es el setting o encuadre. El encuadre queda definido como el conjunto de constantes gracias a las cuales puede desarrollarse el proceso. El encuadre es el marco que alberga el proceso. Entre el encuadre y el proceso se da una relación continente/contenido en términos de Bion.

Todos sabemos que este marco debe ser lo más estable posible, esto no equivale a aplicar de forma estricta y sin matices una serie de reglas. Dicha actitud lejos de beneficiar la estabilidad del proceso, lo entorpece y en muchos casos aboca a una relación colusiva basada en la idealización o en la aceptación sadomasoquista que impide que el proceso se desarrolle.

Esto nos lleva a diferenciar y considerar dos aspectos del encuadre: el aspecto formal y la actitud mental del terapeuta.

El **aspecto formal** estaría constituido por lo que Zac denomina constantes absolutas, que son las que se dan en todo proceso, y por las constantes relativas; dentro de estas hay que diferenciar: las que dependen de cada terapeuta y las derivadas de la particular pareja que en cada caso forman el paciente y el terapeuta. Estas constantes relativas una vez establecidas pasan a ser fijas.

En psicoterapia hay un mayor número de constantes relativas que en psicoanálisis. La frecuencia y el ritmo de las sesiones por ejemplo, no son una constante absoluta, ya que el número y el ritmo de las sesiones es algo a determinar en cada caso, puede variar de una a tres o más por semana y pueden hacerse seguidas o no. Pienso que en nuestro ambiente, con demasiada frecuencia, se cae en el esquema rígido que una psicoterapia psicoanalítica es todo tratamiento psicológico hecho con una frecuencia de dos sesiones semanales y con un ritmo alterno.

En psicoterapia la frecuencia y el ritmo de las sesiones tiene que determinarse, dentro del proceso diagnóstico, de acuerdo con las características de cada paciente.

Los aspectos formales son necesarios e imprescindibles para el desarrollo del proceso, pero son insuficientes sin una adecuada actitud mental del terapeuta, es decir sin un adecuado setting interno.

Una de las principales características de la **actitud mental del terapeuta** consiste en introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso a fin de conseguir que las variables provengan mayoritariamente del paciente, creándose así un campo adecuado para la observación de la relación que el paciente organiza. La explicitación al paciente de las particularidades de esta relación constituye la esencia de la interpretación transferencial. (Retomaré este aspecto más adelante).

Siguiendo a Bleger podemos afirmar que el mayor riesgo del encuadre es su mutismo –término utilizado por el autor para referirse a la inmovilidad del setting–. Dicha situación debe ser siempre considerada y atendida como la manifestación de un problema. El hecho de que el encuadre sea estable y fijo hace que en muchas ocasiones el mutismo pase desapercibido y en el peor de los casos considerado como una alianza y actitud colaboradora del paciente.

El encuadre es cuestionado y modificado constantemente por la parte neurótica del paciente, sin que dichas actitudes impliquen actuaciones destinadas a desestabilizarlo. La parte psicótica lo inmoviliza, o lo mueve en exceso, lo desestabiliza.

El setting o encuadre es a la vez estable y dinámico.

El setting, no obstante puede desestabilizarse, sólo hablaría de ataque al setting ante aquellas actitudes del paciente que inciden en el terapeuta de forma tan violenta o tan solapada que llevan al terapeuta a adoptar unas actitudes que no

son elaboradas dentro de la sesión o en sesiones sucesivas. Es decir el terapeuta no consigue, después de captar el impacto, recuperar su rol. Estas situaciones dependen tanto de las actitudes del paciente como de las características de terapeuta.

Una experiencia que todos compartimos es que, a partir de una ruptura puntual del encuadre, aparecen nuevos aspectos de la relación que enriquecen y amplían la comprensión. Pero sería completamente erróneo pensar que introducir cambios en el setting por parte del terapeuta puede beneficiar el proceso.

INTERPRETACION

La interpretación es la verbalización de lo que el terapeuta es capaz de observar y comprender de las comunicaciones del paciente. Pienso que el trabajo con niños y especialmente con niños pequeños –con una comunicación verbal limitada– nos ayuda y obliga a desmitificar “la interpretación” que en muchas ocasiones es sentida y formulada con grandes dosis de erudición, como si el terapeuta fuera un oráculo, y nos enseña a ser observadores prudentes, que escuchan y ocasionalmente comentan, a modo de hipótesis, lo que han podido observar.

Sandler remarca que la participación del terapeuta en el proceso bipersonal es predominantemente pasiva y a las participaciones activas ocasionales, les da el nombre de: intervención. Añade que una intervención puede o no “interpretar” algo. Pero cada vez que el analista habla, contribuye a un proceso.

Freud ya advertía en “El análisis profano” que “una vez halladas las interpretaciones correctas, se plantea una nueva tarea. Tiene que aguardarse el momento oportuno para dar a conocer esa interpretación al paciente con alguna posibilidad de éxito...” Se cometerá un grave error si, por ejemplo con el afán

de abreviar el tratamiento, se lanzaran las interpretaciones al paciente tan pronto como se hayan encontrado.

Por lo tanto en el trabajo con nuestros pacientes es esencial la forma en que ofrecemos nuestros comentarios y explicaciones. Resulta muy atractivo el concepto de Resnik y Corominas al respecto, que consideran la función de interpretar como negociar una sugerencia suya con el paciente. Podemos decir que interpretar es la verbalización o descripción de la relación objetal que estamos observando en el aquí y ahora de la sesión. Esta definición se aparta de la que define la interpretación como la comprensión de los significados inconscientes del material del paciente. Dichos aspectos quedan incluidos al interpretar la relación de objeto ya que las características que va adquiriendo dicha relación dependen de los contenidos inconscientes.

Esto permite ampliar las indicaciones de análisis y de psicoterapia a pacientes con un funcionamiento mental pobre. Citaría nuevamente a J. Corominas y a Meltzer cuando dicen que gracias a que Klein describió tan bien el mundo interno, podemos afirmar que hay pacientes que no lo tienen o que lo tienen casi vacío. Se trataría de pacientes que tienen sensaciones donde debería haber representaciones objetales. Si nuestra atención está puesta en las características de la relación objetal, podremos ser el elemento diferenciador e integrador de la actividad mental de estos pacientes. Si no corremos el riesgo de organizar una relación en la que el terapeuta y el paciente se mueven a dos niveles diferentes y no llegue a darse el proceso terapéutico.

MATERIAL CLINICO

A continuación voy a presentar un material clínico que a mi entender puede ser útil para ilustrar como todo tratamiento psicológico es a la vez observación e interacción y que, en mo-

do alguno, el terapeuta es un observador extraño al objeto de estudio. Del mismo modo, el encuadre y la interpretación constituyen una estructura, ya que sus elementos tienen que ver los unos con los otros y cada uno define a los demás.

Se trata de un paciente de 3 años y 4 meses. Los padres vienen pidiendo tratamiento ya que David presenta problemas en el dormir. Dicen los padres que no puede dormir si no “siente” la presencia de alguien. Cuando ellos se acuestan y la casa queda silenciosa, David se despierta inmediatamente. Tampoco duerme si lo trasladan a su habitación. Añaden que tiene que sentir que alguien está despierto, que tiene unas antenas muy finas ya que nota las trampas que le intentan hacer (dejar luces encendidas, la radio puesta). Durante el día es cuando mejor duerme.

Dicen que si no tuviera este problema sería un niño encantador ya que es inteligente, cariñoso y muy espabilado. No habría problemas si el niño pudiera dormir de noche.

En la primera entrevista los padres se presentaron física y psíquicamente agotados, el niño tenía también un aspecto fatigado. Los padres ya lo habían “probado” todo y venían muy dispuestos a llevar a cabo un tratamiento psicológico. Planteé unas entrevistas para poder afinar la indicación. Después de cuatro entrevistas resultaba evidente que se trataba de un niño –casi precoz por lo que a evolución psicomotriz se refiere– que no me había perdido de vista ni un minuto a lo largo de toda la exploración. No daba la impresión de un control paranoico del objeto; a mi modo de ver no podía soportar la separación del objeto. Se mantenía “pegado” a través de la mirada, como ya he dicho “no me perdía de vista” ni yo podía dejar de mirarle ya que a través de un lenguaje muy superior al que le tocaría por su edad me tenía continuamente pendiente. Todo lo que le propuse le encantó. Durante las entrevistas entraba y salía sin dificultad y decía que me dejaba porque la mami ya le estaba esperando. Resultaba un niño muy encantador, tenía

que estar atenta en no caer en la seducción y también en no perseguirle por seductor.

Todo ello me hizo pensar que David organizaba una relación narcisista en el sentido de identificación con un objeto idealizado.

La edad, los aspectos sanos evidentes y unas particulares condiciones familiares me inclinaron a indicar una psicoterapia de dos sesiones por semana, pero creí necesario que esas dos sesiones fueran consecutivas a fin de poder crear dos situaciones bien diferenciadas, los días con y sin sesión, como algo equiparable al día y la noche.

Los primeros meses de tratamiento confirmaron esa primera impresión. El niño estaba “deseoso” por venir, la madre al dejarlo me decía complacida que el niño al ir al colegio preguntaba ¿tengo Joana hoy? y que se mostraba contento o triste según la respuesta. Encontró muy bonito todo lo que le di (unas figuras humanas, animales, pequeños recipientes, coquecitos, bloques de madera, pegamento, cello, papeles y lápices). Tenía necesidad de tocarlo todo al tiempo que hacía comentarios admirativos.

Pronto empezó a distribuir los coches y así teníamos el coche de papá, el de mamá, el de la abuela, el del hermano y el suyo. Si no tenía suficientes, usaba bloques de madera y me decía : “Haremos ver que esto es un coche, ¿vale?”. Era evidente que David podía discriminar y simbolizar. Lo más destacable era que todos los coches, personajes y animales acababan en muy poco rato “metidos” dentro de una construcción de madera a la que solía llamar parking o camping. Con el pegamento intentaba unir los bloques de madera y con el cello construía un techo y cerraba la puerta.

Como en las primeras entrevistas el niño no paraba de hablarme y no dejaba de mirarme; para ir a su cajón iba andando hacia atrás o de lado para no perderme de vista.

Esto me hacía pensar que yo era el camping-garage donde él se metía. No ofrecía tampoco ninguna resistencia para acabar la sesión. Me di cuenta que al anunciarle que teníamos que terminar David me decía con mucha seguridad “la mami ya me espera”, al preguntarle cómo estaba tan seguro me contestó que oía el ascensor y los pasos de su madre. Realmente como decían los padres tenía una buena antena, es decir mostraba una hipersensibilidad para captar la presencia o ausencia del objeto en el que “aparcarse”. La facilidad con que entraba y se relacionaba conmigo me hacía pensar que no diferenciaba entre el parking-mamá y el extraño; yo no era vivida como alguien que va a actuar y ser como la madre y por tanto le inspira confianza sino que yo era la mamá en la que está aparcado y con la que se confunde. La máxima ansiedad era sentirse desaparecido, es decir separado del objeto.

Mis intervenciones e interpretaciones pivotaban sobre este punto “*el miedo a sentir que está fuera de*” e incluían la descripción de las conductas llevadas a cabo para evitar la ansiedad. Así cuando insistía en regalarme algo o llevarse cosas de la sesión, podía decirle que tenía tanto miedo a que le olvidara que quería quedarse dejándome algo suyo. Mi énfasis estaba puesto en la interpretación de las ansiedades primarias y no en las defensas ya que si lo ponía en éstas (seducción, llevarse cosas) se sentía criticado o rechazado y reforzaba los mecanismos defensivos, empezaba a hacer payasadas para agrardarme, a reírse tontamente, venía a tocarme o quería sentarse en mi falda.

Quisiera incluir un fragmento de una sesión que a mi modo de ver ilustra cómo se va llegando a la diferenciación del objeto.

David organiza un parking y aparca estrechamente unidos unos coches mientras va diciendo: “El coche del papá, la mami, el mío, el de Alex y el de Amparo”.

T: ¿Quién es Amparo?, no me habías hablado de ella.

P: (mirándome extrañado dice): aquella.

Es evidente la confusión sujeto-objeto, lo que tenía en su mente estaba en la mía. Se extraña al preguntarle y la respuesta implica que me señala algo conocido.

Dada la corta edad de David yo me preguntaba cómo podría obtener las asociaciones necesarias para la comprensión.

Al poco tiempo se levanta de la mesa va a su cajón y, por primera, vez hace referencia al mueble y a los otros cajones.

P: Escúchame, ¿sabes que hay muchos cajones? ¿Qué hay en este cajón?, ¿y en éste?

T: Mira, hoy te das cuenta que yo tengo unas cosas que tú no conoces, como yo tampoco conozco todo lo que tienes en tu cabeza; yo no conozco a Amparo.

P: La Amparo es la señora que me enseña a nadar (su tono es el de quien da una explicación ya sabida). ¿tú no sabías que voy a una piscina?

T: ¡Me lo habías contado tú!. Yo no sé lo que no me cuentas.

P: ¿Tampoco conoces a la “seño”? ¿No has estado nunca en mi casa verdad? ¿Por qué no vienes tú a mi casa? Siempre vengo yo.

A partir de esta sesión se inicia la diferenciación y David cuestiona el encuadre. No entiende por qué no voy a su casa y porqué siempre tiene que venir él. Su actitud fue cambiando de forma ostensible. Durante este primer período el setting había sido casi “mudo” ya que debido a la confusión el niño estaba excesivamente adaptado.

De repente apareció la curiosidad: me preguntaba continuamente cosas acerca de mi persona, quería saber qué había en los cajones y cuántos pacientes tenía. Apareció también la frustración, los enfados y las amenazas (me amenazaba con dejarme si no iba a su casa). La situación se dinamizó y en muchas ocasiones resultaba difícil contenerle.

Las ansiedades paranoides se hicieron muy evidentes. La curiosidad por lo que había fuera de la sala donde le atendía era muy grande, pero algo le impedía moverse de la habitación que él conocía. Tampoco podía tolerar que yo saliera de ella ya que un día que quería enseñarme algo de su cartera desistió rápidamente al darse cuenta de que la cartera había quedado en la sala de espera –que está casi pegada a la habitación donde trabajamos. Fuera del despacho había un mundo que le atraía pero que era sentido muy hostil. Tampoco me pidió que fuera yo a mirarlo, cosa que en cambio hizo en otra ocasión. Una vez me pidió que fuera a buscarle papel, al salir yo se quedó en la puerta de la habitación hablándome sin parar. Podía separarse si oía mi voz.

Los intentos de satisfacer su curiosidad saliendo del encuadre chocaban con sus ansiedades paranoides y a la vez las hacían más evidentes cosa que permitía poder trabajarlas.

Como he apuntado al principio no creo oportuno introducir modificaciones para explorar o movilizar situaciones, pero sí creo inadecuado mantener de forma rígida un determinado encuadre e interpretar –quiero insistir en que la interpretación se da en la mente del terapeuta y puede ser comunicada o no al paciente– como un ataque al setting los intentos del niño de satisfacer sus deseos, aunque esto comporte alteraciones del marco de trabajo.

Para terminar voy a describir una sesión en la que puede verse en un primer momento la alteración del marco formal sin que ello perturbe mi actitud mental y, en un segundo tiempo, cuando me encuentro con una clara dificultad para pensar.

Poco a poco el juego del niño se había hecho más simbólico, los personajes desempeñaban roles, se habían diferenciado de los coches. Recuérdese que, en el fragmento de sesión antes descrito, David hablaba del coche de papá y de mami –refiriéndose al coche de mamá– indistintamente. También David dentro de la sesión desempeñaba roles diferentes y me ha-

bía otorgado a mí algún determinado papel. Las situaciones que evidenciaban su necesidad o pequeñez la resultaban muy difíciles de tolerar y muy a menudo se enfurecía.

En esta sesión y después de tirarme unas cuantas veces una pelota para que yo la recogiera y se la devolviera me propone que juguemos a casas. El juego de la pelota mostraba que podía haber un intercambio. Al preguntarle cómo iba a jugar a casas me dice:

Todo esto, refiriéndose a nuestro lugar de trabajo, la sala de espera y el lavabo, será nuestra casa. Haremos ver que yo soy la mamá...no ...yo seré un papá. ¿Verdad que el papá prepara el desayuno?, y tú serás el niño que duerme.

T: Ya veo que quieres que yo sea la pequeña, la que tiene miedo y así podrás hablarme de ello.

Prepara unas comidas y recoge unos cromos mientras va diciendo que después de desayunar yo me iré al colegio. Al repartirlo se da cuenta de que hay platos y cromos deteriorados e inmediatamente me los pasa. Al ver que los acepto me pregunta:

P.: Oye, ¿a ti te gusta lo feo?

T: No me gusta, pero como soy mayor puedo quedármelo.

P: Ahora tienes que ir a dormir a tu habitación, tienes que sentarte allá, si quieres puedes dejar la luz encendida.

T: Mira, no me hace falta.

Salgo (no sin tener mis dudas) y me siento en la sala de espera. Me llama enseguida diciéndome que ya es hora de levantarse.

P: ¿Sabes qué?, ahora voy a ir yo.

Sale de la habitación se queda en la sala de espera unos minutos, va al lavabo, toca el agua y finalmente entra, se muestra satisfecho. Comenta que no ha tenido miedo y que de

noche si hay un punto de luz, se queda dormido solo. Mientras dice esto coge papeles y dice:

P.: Ahora haré un barco.

Coge una hoja, lo intenta, pero resulta evidente que no sabe. Me pide que le haga uno, se lo hago (creo que tal vez lo hice demasiado rápidamente). Primero lo mira contento, lo puso de pie y luego de repente dice:

P.: Este barco tan pequeño es una mierda, el mío es mucho más grande. (el barco no era pequeño y el suyo era simplemente un papel semidoblado).

En este momento resultaba evidente que su reacción no tenía que ver con el tamaño del barco. Yo diría que ahora le resultaba insoportable ser el niño que no sabe. Al principio de la sesión “hacíamos como que él era mayor y yo pequeña”. Su inesperada respuesta me hizo ver que las cosas iban por otros derroteros.

Empieza a hacer unos ruidos por debajo de la mesa que no podía identificar ya que parecían metálicos. Consigue fácilmente despertar mi curiosidad y me inclino para ver que está haciendo y naturalmente en el preciso instante, deja de hacer ruido mientras se ríe triunfalmente.

Coge mi barco y va hacia la pila, la llena de agua y lo hace nadar mientras dice:

P.: Socorro, el barco se ha ahogado, se ha destrozado.

No me deja ver lo que hace, me está dando la espalda. Coge más papeles y los va remojando, hace una pasta que atasca el lavabo, el agua empieza a salirse. Emite ruidos y fuertes exclamaciones.

Vuelve a despertar mi curiosidad y esta vez también preocupación, me levanto para acercarme a él y ver lo que está pasando. Mientras me dirijo hacia él, se gira con las manos movidas y llenas de papel y, zas! me lo tira. Pude esquivarlo y el

papel-pasta fue a parar a mi hombro. Lo primero que hice fue mirar mi reloj, me alivió ver que faltaban pocos minutos. Era evidente que ahora –a diferencia de lo que yo sentía al principio de la sesión– me encontraba con dificultades para pensar.

A pesar del incidente le pude decir:

“Me parece que al darte mi barco, has sentido que yo te mostraba lo mucho que sé y esto te ha hecho sentir muy poca cosa, es como si quisiera para mí todo lo bonito”.

Pienso que este material puede sernos útil para la discusión y que no resultará difícil establecer puentes con las ponencias de esta mañana.

Al finalizar la sesión me planteaba que, si no hubiera aceptado el cambio de roles que me propuso David, tal vez hubiera podido contener la espiral de violencia que se desencadenó.

Finalmente me incliné por pensar que si no hubiera hecho con tanta facilidad el barco, no se hubiera desencadenado la respuesta envidiosa, yo debería haber estado más atenta a que el niño ya me había comunicado que a él no le gustaba lo feo.

Me gustaría que esta comunicación sirviera para poder entender la interpretación como nuestra forma de comunicar al paciente lo que estamos comprendiendo en un determinado momento y que para nada es una especie de sentencia de lo que el paciente es.

Para poderse dar la interpretación necesitamos de un continente, el setting, que es a la vez estable y dinámico, y por ello mantenerlo nos pone a veces ante dudas e incertidumbres.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVENTIVAS EN EL DESARROLLO AFECTIVO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE*

Fernando Cabaleiro Fabeiro**

INTRODUCCION

Quienes trabajamos en psicoanálisis y en psicoterapia de orientación psicoanalítica estamos a menudo confrontados con la cuestión del encuadre de las sesiones por un lado y del que hacer interpretativo de las fantasías por otro. A menudo una y otra de estas dimensiones resultan difíciles de distinguir encontrándolas íntimamente entrelazadas. Realidad necesaria para trabajar las fantasías, límite para un espacio, continente y contenido, lo epigenético y lo filo-ontogénico... son la cara y la cruz, siempre imprecisas, de la moneda de nuestras abstracciones a la hora de querer comprender la clínica. Pienso ya aquí en la clínica de la Psiquiatría de Niños y Adolescentes y, de forma más precisa, en el trabajo preventivo que ocupa desde ya hace muchos años una buena parte de mi trabajo cotidiano.

Cuanto más se acerca el trabajo preventivo a la categoría de prevención primaria y de promoción de la salud mental, mayor importancia reviste la noción de encuadre, de realidad externa, de entorno. Esta opinión, lógicamente, adquiere todavía mayor consistencia en la medida en que el ser humano objeto de la prevención es más inmaduro y dependiente. Sin embar-

*Ponencia presentada el 21 de mayo de 1994 en las I Jornadas de Atención Precoz organizadas por la Asociación para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes ALTXA. En Getxo (Vizcaya).

**Psiquiatra Centro de Salud Municipal Distrito Retiro. Madrid.

go, si el encuadre, la realidad externa, el entorno son importantes aquí, es precisamente en el sentido en que estamos buscando su adecuación a lo filo-ontogénico, a lo madurativo, al desarrollo evolutivo del mundo pulsional y fantasmático del niño.

En prevención primaria en Salud Mental Infantil tienen gran importancia los llamados por G. Caplan (1) “aportes básicos” tanto los físicos como los psicosociales o los socioculturales. La labor de las matronas, enfermeras puericultoras, pediatras, educadores, trabajadores sociales, es decir, la aportación de los recursos sociosanitarios tiene un gran valor para la salud mental del niño y adolescente, y la prevención primaria en este campo está en buena parte en sus manos. Pero somos los profesionales de Salud Mental de Niños y Adolescentes quienes tenemos la tarea de sensibilizar, informar y contribuir a la formación de aquellos profesionales, favoreciendo espacios de reflexión y de elaboración sobre el mundo psíquico infantil. Y por supuesto nosotros tenemos un lugar y una función directa a desempeñar, como ellos, en la primera línea de los programas preventivos primarios.

Pero lo que aquí pretendo poner de relieve es que la labor preventiva primaria en Salud Mental Infantil puede oscilar desde un polo más informativo a otro más elaborativo. Y a mí entender, es algo específico de Salud Mental que esta labor se haga de la manera más elaborativa posible. Me refiero a que las intervenciones preventivas puedan al menos insertarse en un diálogo, lo más personal posible, a nivel individual o de grupos, mas o menos amplios, en los que pueda haber interacción e intercambio. Pero el concepto de lo elaborativo puede ir hasta su significación más profunda psicoanalítica, es decir, referirse a aquellas intervenciones que buscan generar cambios a niveles inicialmente no conscientes. Difícil es que esto pueda producirse en actividades planificadas para la comunidad en prevención primaria, y lo más habitual es que esto tenga lugar en la prevención secundaria. La prevención primaria

tiene sin duda unos límites en sus pretensiones elaborativas, quedando estas, en general, limitadas a niveles conscientes, niveles en absoluto menospreciables, sino, al contrario, de un valor incuestionable. Un trabajo preventivo de este tipo ha de estar encaminado a promover y facilitar una mejor adecuación del entorno a las exigencias del desarrollo pulsional y fantasmática del niño. Para ello, las tareas preventivas creo que deben ser concebidas como un “holding” (2) de acompañamiento, de detección de riesgo, de ayuda concreta en algunos casos y de valorización de las capacidades y competencias reales del entorno y de los propios niños y adolescentes. Esta labor conlleva, sin duda, algunos elementos informativos en nuestra comunicación como profesionales de Salud Mental, pero conviene precisar. La comunicación humana dicen los teóricos de la comunicación que es a la vez analógica y digital. La digital es unívoca, inequívoca, lineal y aunque no es deseable que tenga lugar exclusivamente, podría utilizarse de manera eficaz en la Sanidad a la hora de realizar tareas que se sitúan fundamentalmente en la dimensión más biológica de la salud al modo informativo-pedagógico. Por ejemplo, y aunque no fuese lo ideal, podría promoverse con éxito una campaña de vacunación a través de “posters”, comunicaciones por radio, “spots” publicitarios audiovisuales o folletos divulgativos. Sin embargo, anticipar las vivencias de culpa que pueden surgir en una madre que ha de trabajar tras su permiso de maternidad, ya es otro cantar.

Cuanto más está presente la dimensión psíquica de la salud en las tareas preventivas, menos es posible el modelo de la información digital. La presencia de la comunicación analógica, no verbal, acompañando a las expresiones verbales y la existencia de un diálogo, de una escucha, de una reflexión, de un movimiento introspectivo, de una intuición, de un lenguaje circular, no lineal, y evocador de afectos, este tipo de comunicación más personal puede tener mayor calado psíquico y es así cómo yo entiendo el contexto idóneo para poner a disposi-

ción las informaciones necesarias, o realizar las intervenciones preventivas primarias en Salud Mental Infantil. Hay muy pocas informaciones de tipo digital que puedan tener en este campo un valor preventivo, y muchas veces lo que producen es un efecto innecesario yatrogénico. Dos ejemplos:

- Las campañas informativas a favor de los hijos deseados, convierten a otros en los no deseados. He visto a madres, en las primeras entrevistas del Programa Materno-infantil que coordino, asomárseles las lágrimas al decir que sus embarazos no habían sido deseados, cuando en realidad deseaban estar contentas con su embarazo y podrían estarlo. Yo hablo siempre de embarazos previstos e imprevistos o buscados y no buscados.
- Y algo parecido ocurre también con las informaciones lineales, sin mayores matizaciones, dadas a favor de la lactancia materna, que añaden a las inseguridades y a los sentimientos de culpa de algunas madres, que no pueden dar de mamar, un nocivo suplemento.

Pues bien, hechas estas consideraciones de carácter general sobre mi forma de entender el trabajo preventivo primario, querría pasar ahora a considerar tres cuestiones preventivas sobre algunas actitudes, hábitos o modas de crianza o educación de niños y adolescentes, que vienen llamando mi atención desde hace tiempo y que creo que tienen repercusiones negativas en el desarrollo de la vida afectiva y, en general, de la personalidad.

OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD EN LA GUARDA DEL NIÑO

Creo que no es necesario aportar pruebas clínicas de algo que quienes trabajamos en Salud Mental de Niños y Adolescentes constatamos casi a diario. Me refiero a la gran coincidencia entre la constatación de problemas psíquicos en niños

y adolescentes y el hallazgo en sus anamnesis de irregularidades en los cuidados recibidos cuando eran bebés o niños pequeños. Sin embargo, conviene empezar por decir que no existe una correspondencia exacta, ni mucho menos, entre ambas situaciones. A veces nos sorprende cómo un niño o un adolescente, con una historia de condiciones de crianza perturbadas, ha alcanzado un funcionamiento psíquico que podría situarse en los límites de la norma. Es entonces cuando pensamos en los excepcionales potenciales ontogénicos y en la capacidad reparadora del proceso evolutivo, del entorno o, si acaso, del azar. Otras veces, lo que nos sorprende es que un niño, que no ha tenido notorias irregularidades en sus primeros cuidados, venga a consulta con problemas que acabamos considerando graves. Pensamos entonces que su equipamiento ontogénico pudiera no ser competente, o que hubo cuestiones cualitativas en los primeros cuidados que se han escapado a nuestra investigación, o que quizás tuvo un “impasse” evolutivo en una determinada edad o, todavía, pensamos en el gran poder patógeno que el entorno pudo tener más recientemente.

Hechas estas salvedades, retomo como válida mi primera afirmación de que es muy frecuente la coincidencia entre trastornos afectivos, o trastornos psíquicos en general, y alteraciones significativas en los primeros cuidados. Y es más frecuente que quienes presentan una patología importante hayan sufrido alteraciones en sus primeros cuidados, y menos frecuente que quienes tuvieron cuidados inadecuados, presenten problemas. Quiero así dejar bien sentado que ante un niño, un adolescente o un adulto con trastornos psíquicos, hay que evitar el caer en abordajes historicistas, pero, en cambio, a la hora de hacer prevención hay que tener muy en cuenta la frecuencia con que las historias se repiten.

Hasta aquí me he referido en un sentido muy amplio a las irregularidades en los primeros cuidados y quiero ahora restringirme a algunas situaciones irregulares que se manifiestan

en las historias clínicas de niños y adolescentes. Me centraré únicamente en aquellos casos en que las madres tuvieron que trabajar, o eligieron hacerlo, antes de que sus hijos o hijas tuviesen tres años, teniendo que delegar sus funciones durante sus horarios laborales. Me referiré sólo a las madres, y no a los padres, por simplificar la exposición, por el hecho de que son las situaciones más habituales y por el papel predominante que, en general, es deseable que tengan las madres en los primeros cuidados del hijo, pero bien a sabiendas de la importancia de la función y de la responsabilidad del padre en su colaboración y apoyo a las tareas de maternidad y en los cuidados, en general, del hijo. Utilizaré el término de “integración” para referirme al momento y al proceso de adaptación que el bebé, o el niño pequeño, y su entorno viven cuando los padres delegan a otras personas o instituciones una parte de los cuidados que hasta entonces le venía proporcionando la madre. Veamos el abanico más frecuente, aunque no exhaustivo, de este tipo de integraciones que considero problemáticas y que aparecen muy a menudo en las anamnesis de niños con trastornos psíquicos:

1. Integraciones muy precoces en el sistema de guarda, es decir, durante los dos o tres primeros meses de la vida del niño.
2. Integraciones bruscas e intensivas en el sistema de guarda, pese a producirse en un momento evolutivo bastante adecuado, como puede ser el final del cuarto mes.
3. Integraciones que coinciden con el destete y a veces con que el niño es cambiado de la habitación de los padres a la suya propia.
4. Integraciones en el sistema de guarda con edades especialmente delicadas (de 4 a 12 meses), o poco adecuadas (de 1 a 3 años).

5. Integraciones realizadas con numerosos cambios de personajes cuidadores substitutivos maternos y que a veces llevan también aparejados cambios de los lugares del niño.
6. Las que podríamos llamar “integraciones promiscuas”, es decir, aquellas situaciones en que los niños se crían en los ambientes de los pequeños negocios familiares, con una inadecuada participación de la clientela y una cierta delegación de los cuidados parentales en ella.

Los motivos de consulta y los problemas psíquicos con que nos encontramos cuando en la anamnesis están presentes una o más de estas formas de integración, pueden ser muy diversos en cuanto a su importancia o al tipo de trastorno. No creo que sea posible hallar una especificidad. Lo que sí creo, es que afectos depresivos importantes están, de una u otra forma, casi siempre por medio y es lógico que así sea si tenemos en cuenta que la simbiosis y, sobre todo, la separación-individuación (3) son los períodos evolutivos comprometidos.

Ilustraré y comentaré algo estas seis situaciones, también a la luz de mi experiencia en el Programa Materno-infantil a la hora de abordar con los futuros padres, o con los que acaban de ser lo, las condiciones de guarda de sus hijos.

1. **En las integraciones precoces** influyen más a menudo factores psicógenos, que situaciones de desinformación o de realidad externa. A menudo son madres muy activas con un estilo de pensamiento operativo, con frecuencia competitivas, que se han rodeado de un tropel de compromisos y de proyectos profesionales y que así pretenden no tomar conciencia de su embarazo, ni de su maternidad. Buscan mil excusas para no permitirse vivir afectos y experiencias que podrían serle entrañables de no estarles prohibidas o resultarles muy peli-grosas. Con frecuencia, sin embargo, nos sorprende, una y otra vez, que estas mujeres, tras haber participado en la primera parte del Programa Materno-infantil y haber dado a luz,

ya no dicen que van a empezar a trabajar a las dos o tres semanas del parto y se les ve cogidas con ganas a sus bebés como a algo que estuvo a punto de escurrírseles entre los dedos. Pienso que los bebés hacen milagros, pero el que se pusiera un poco en cuestión que no se permitiesen vivir sus afectos, el vivenciar el “holding” de la relajación y, en general, los cuidados de los diferentes profesionales, así como el incentivo de la complicidad grupal con las otras compañeras embarazadas para vivir la maternidad, algún papel debe también representar todo ello en estas evoluciones positivas. Cuando no es así, las perdemos a veces de vista, pero si no son ellas, son otras quienes nos cuentan historias como las de ellas cuando nos vienen a consultar por los problemas de sus hijos. Recuerdo el caso de una madre así; para ella había sido la actividad política y sindical la que le había sustraído su maternidad. El niño había rodado por guarderías, abuelos, amigos y el régimen de custodia del niño, que entonces tenían ella y el padre, de quien muy pronto se había separado, consistía en un día en casa de uno y otro en casa del otro. El niño presentaba trastornos obsesivos y narcisistas, y la madre que llegó a hacer un trabajo psicoterapéutico personal válido, años después venía a consultar; esta vez, tras grandes y positivos esfuerzos por recuperar la maternidad perdida, venía, en cambio, a hablarme de sus dificultades para acceder a que su hijo pudiese irse con su padre a vivir a una ciudad lejana.

Pero bueno, también bajo este epígrafe se encuentran otras situaciones de incorporación precoz de la madre al trabajo que, haciendo gala a las series complementarias de Freud (4), su componente psicógeno no es tan fuerte e incluso a veces inexistente. Son situaciones de realidad como la amenaza de pérdida de trabajo en empresas privadas, que se las arreglan para presionar a las madres haciendo caso omiso de la ley, o situaciones coyunturales de sobrecarga laboral en profesiones liberales o negocios propios, y muy a menudo se trata de embarazos imprevistos. En general son los sentimientos de culpa los que en estas ocasiones juegan sus cartas en mo-

mentos tan críticos de la organización del vínculo materno y, por tanto, con probables consecuencias en los futuros investimentos relacionales. En ocasiones es posible ayudarles a una relativa aceptación de la cruda realidad y a evitar posibles descompensaciones y, en otras, cuando es posible, a plantearse la modificación de la realidad o a ponerla en un segundo término a su maternidad con el bebé simbiótico.

2. Las integraciones bruscas e intensivas, en período evolutivo bastante adecuado, son muy frecuentes. Se trata de madres en general poco previsoras y con una intensa preocupación maternal primaria (5), que llegan hasta el último día del permiso de maternidad (actualmente el permiso de maternidad es de 16 semanas) con dedicación exclusiva a su hijo. De este modo, al día siguiente ella sale catapultada hacia el trabajo y el niño hacia la guardería, dejando ambos bruscamente, de hacerse compañía durante ocho horas diarias más o menos. Si ya era intensa la preocupación maternal, todavía aumenta más, y más aún si, como es frecuente, el bebé se pone malito a los pocos días de empezar a ir a la guardería. Alguna de estas madres consulta por estado de ansiedad y preocupante descenso del rendimiento laboral. A la hora de recoger anamnesis, las dificultades de la madre a separarse de su bebé sólo suelen aparecer si se pregunta específicamente y aún así creo que no siempre. Cuando aparecen de forma espontánea es cuando ese intento de integración fracasa porque el niño presenta sus primeros síntomas con rechazo de la alimentación y pérdida de peso, por ejemplo, y entonces la madre o consigue un permiso sin sueldo, o deja de trabajar o cambia de sistema de guarda.

También hay que recordar aquí que de estas integraciones bruscas son responsables a veces algunas guarderías que no permiten que la madre haga una integración progresiva de su bebé, dándose tiempo a sí misma y al hijo para hacerse a la nueva situación. Estas guarderías, a veces por razones de organización interna o de naturaleza financiera, aseguran a los padres que lo mejor es que el bebé se adapte directamente a su jornada completa.

3. Las integraciones que coinciden con el destete y, a veces, con el cambio de habitación del niño son frecuentes y, en ocasiones, además son bruscas y extemporáneas. Tienen toda una lógica y es la de la madre, también poco previsor, sin duda no por azar, a quien se le echa el tiempo encima, ha de empezar a trabajar y llevar el niño a la guardería o conseguir que alguien se ocupe de él y, por tanto, ha de pasarlo al biberón. Además como el bebé ya duerme por la noche unas cuantas horas de un tirón sin pedir pecho y las preocupaciones maternas iniciales se han ido calmando, se considera que es el momento de que pase a su propia habitación. Refiriéndose a esta época dice L. Kreisler (6): "En esta edad, muchos insomnios revelan la discontinuidad por la variedad de las personas que se ocupan del niño, los cambios en los cuidados, las separaciones intempestivas". R. Debré y A. Doumic (7) ponen en relación el insomnio de estas épocas con insuficiencias afectivas y de estimulación motriz. Es lógico pensar que las circunstancias apuntadas, desfavorables por acumulación, juegan un papel en ello.

4. Las integraciones del niño pequeño en un sistema de guarda desde el 5.º mes hasta que nos acercamos a los tres años constituyen, a mi entender, un factor de riesgo a tener en cuenta. Todo parece indicar que antes de los 4-5 meses, aproximadamente, la plasticidad adaptativa de los bebés es muy grande y que, a partir de ahí, se van organizando en él unas mayores necesidades y exigencias en cuanto a la especificidad y continuidad de los personajes cuidadores significativos y, en particular, de la madre. En torno a los tres años el niño suele haber adquirido ya un gran recurso: la representación interna y estable de su madre como un ser diferente de él y con vida propia, lo que le permite tolerar, en cierta medida, su ausencia de forma satisfactoria y enriquecedora para su desarrollo y socialización.

M. Klein, R. Spitz, D.W. Winnicott y M. Mahler, entre otros autores que han investigado sobre el desarrollo afectivo del ni-

ño, sitúan, cada uno con sus peculiares concepciones, entre los cuatro y los seis meses el inicio de un cambio psicológico muy importante para el niño. En el paso de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, del estadio precursor del objeto al estadio del objeto libidinal, de la fase de la dependencia absoluta a la relativa, o de la simbiosis a la subfase de diferenciación, se sitúa el gozne entre un período de mayor plasticidad adaptativa y otro de bastante menor plasticidad. Aunque autores como M. Soulé y Janine Noel (8), sitúan la edad más adecuada para hacer una integración del niño, cuando la madre ha de trabajar, antes de los 6 meses y después de los 2 años, yo considero más cauto situar la antes de los 4-5 meses o ya aproximadamente a los tres años. Entre otros argumentos, es que veo bastantes bebés de la población general con manifestaciones de angustia ante el extraño en el 5.º y 6.º mes y, por otro lado, malas adaptaciones a la guardería, esto ya en anamnesis de consulta, durante el tercer año. La vida social del niño se organiza en el lugar de la ausencia de la madre, lugar del extraño, lugar del padre y ese también es el lugar de la guardería. Si la integración en ella fracasa, es probable que así suceda en la vida escolar y en la laboral del adulto.

Pero lo que es penoso de la situación es la ignorancia general en cuanto a precisiones, no teorizaciones, sobre el tema. Profesionales que trabajan con la infancia en los Servicios Sociales, en las guarderías, en Pediatría, en Salud Mental de Adultos y con cierta frecuencia en la Salud Mental Infantil, desconocen los períodos adecuados e inadecuados para hacer una integración. Una explicación quizás la encontramos en la escasez del trabajo preventivo primario en Salud Mental Infantil o en que se pueda uno leer todo un extenso manual de Psiquiatría infantil sin que figuren estos datos, también ausentes en buenas Guías de Salud Infantil o de Salud Mental en Atención Primaria, ya sean del Ministerio de Sanidad (9) o de alguna Consejería de Salud (10). Algunas de ellas menciona tímidamente que en el 8º mes no se debe integrar un niño en la guardería.

5. Integraciones realizadas con numerosos cambios de personajes cuidadores. Las experiencias significativas y repetidas de pérdida y de discontinuidad, cuando estamos en un período de la vida en que se esta creando la permanencia de las representaciones, de los investimentos afectivos y se están poniendo en marcha los procesos identificatorios primarios, fácilmente afectan a la consistencia yoica y, cuando menos, generan una sensibilidad y un tipo de reacciones específicas ante una situación similar futura o una amenaza de que pueda producirse. Pero el problema de estas experiencias es, unas veces, el valor sumatorio de gota que desborda el vaso, y otras, el valor desencadenante de historias relacionales conflictivas con los padres, que, de otro modo, pudieran no haber tenido lugar.

6. Las integraciones “promiscuas”. Sólo quiero explicar un poco aquí las situaciones en que los padres, propietarios de un pequeño negocio familiar, ponen con frecuencia a los hijos cuando creen estar asumiendo plenamente su guarda, al tenerlos con ellos en el local de trabajo durante una larga jornada laboral. En general son padres que tienen un bar o una pequeña tienda de productos de alimentación en los que hay un cierto movimiento de clientes. El niño vive ahí situaciones difíciles, puesto que el cliente pasa primero, la historia se repite muchas veces, y cada día, en edades de fuerte dependencia. Los clientes se dirigen al niño, tras haberle hurtado a los padres, para hacerle una gracia o entretenerse un momento, pero ellos están a lo que están. Los padres pueden imaginar incluso que, además de ellos, el niño tiene el agasajo de la clientela.

En los comienzos de mi formación como Psiquiatra de Niños, le oí hablar de estas situaciones a R. Diatkine y me pareció entonces una curiosidad, pero con el paso de los años he atendido a bastantes niños, que habían pasado por estas situaciones, por diferentes motivos. Recuerdo un niño de unos diez años, de quien el padre me contaba, a título anecdótico

pero extrañado, que no había manera de que estuviese un rato a gusto en el bar, que evitaba ir por allí, que, si iba a la hora de recoger el negocio, quería que toda la familia se fuese rápidamente y que, si por cualquier motivo tenía que estar un rato en el bar, adoptaba una actitud hosca y huraña, incluso con clientes que se dirigían a él amablemente. El niño tenía sus buenas razones para ello.

Dos casos de hijos de propietarios de bares, que todavía tengo en seguimiento, pese a ser muy diferentes, tienen algo en común y es que, tras un breve ensayo de esta especie de guarda promiscua, las dos parejas de padres, desbordados por el trabajo en determinados momentos del día y con una jornada laboral muy larga, hicieron una cesión de los hijos a las abuelas. Hubo dificultades de los niños para adaptarse con ellas y, más tarde, para regresar con sus padres.

En el Programa Materno-infantil me he encontrado con futuros padres con bar o similares y han sido situaciones relativamente sencillas de orientar. Hablando algo con ellos, comprenden la importancia de que la madre viva al menos unos primeros meses de plena maternidad, lo inadecuado del ambiente del negocio para el niño y lo preferible que puede ser una guardería reduciendo la madre un poco su jornada para estar un tiempo a solas, cada día, con su hijo en casa. Yo estoy convencido de que hay muchos padres jóvenes que no se acaban de creer la importancia que ellos tienen para sus hijos y que a veces todo consiste en mostrárselo de forma adecuada.

SOLTANDO HILO A LA COMETA DE LOS HIJOS

Quiero ahora pasar a abordar otra cuestión preventiva que podría sin duda ser muy extensa, pero, por las dimensiones que me propuse para el conjunto de esta exposición y dado que el núcleo de la cuestión es bien conocido, me limitaré sim-

plemente a mencionar algunos aspectos. Está claro, por el encabezamiento, que me voy a referir a algo que tiene que ver con la distancia entre padres e hijos a lo largo del desarrollo de éstos. La distancia psicológica es una noción que hace referencia al mundo interno, a las llamadas relaciones de objeto, que, sin duda, pueden traducirse en actitudes relacionales diversas. Pero manteniéndome en el terreno de la prevención primaria en el sentido que lo define G. Caplan (1), voy a hablar de la distancia física y, en particular, de algunas costumbres sociofamiliares que conllevan que los padres permanezcan separados de sus hijos durante algunos días, semanas o meses. Sin duda estos distanciamientos físicos en el tiempo tienen que ver con las distancias psicológicas y viceversa. La angustia de separación es la protagonista principal y en este sentido estos alejamientos tendrían la misma naturaleza que las cuestiones de guarda que acabamos de ver. Pero a mí me interesa que se reconozcan y se identifiquen algunas situaciones bien concretas. Una cosa es llevar el hijo a la guardería por las mañanas y recogerlo por las tardes y, otra diferente, es que los padres se vayan una semana de viaje.

Independientemente de que la mayor o menor sensibilidad de los padres esté implicada, lo que remite a la historia y al mundo de las fantasías de cada uno, existe una falta de información y de formación considerable en este tema, lo mismo que en el precedente. Cuántos emigrantes gallegos (11) andaluces o de otra Comunidad se marcharon, y todavía marchan, por el mundo adelante dejando a sus hijos pequeños y pensando que el sufrimiento se lo llevaban ellos al no poder ocuparse de los niños, pero sin que nadie les informase de los graves riesgos que su marcha suponía para éstos o, al menos, de cómo correr el menor riesgo posible. No me voy a referir aquí a estas situaciones, ni tampoco a la forma de proceder ante los llamados “casos sociales”, situaciones de negligencia o desamparo, ni a las medidas tomadas por las Comisiones de Tutela que implican separaciones importantes del entorno familiar y en las que también vemos que falta con bastante frecuencia

formación, información y sensibilidad. Voy a referirme a situaciones más cotidianas, más frecuentes, de las que hablo también en los grupos de padres del Programa Materno-infantil. Transmito allí la idea básica de la importancia de la presencia diaria de los padres durante los tres primeros años de vida y de cómo los tiempos de separación entre hijos y padres han de ir creciendo progresivamente hasta el final de la adolescencia. Hablo con ellos de que no es lo mismo que un niño se quede con el otro padre en casa, que se vayan los dos padres y venga alguien conocido a cuidarlo, o que el conocido le cuide en su propia casa, que esté o no con sus hermanos, que esté con amigos, compañeros y su educadora o que se vaya a ambientes físicos y humanos desconocidos, aunque las personas responsables sean de toda confianza para los padres. Hablo con ellas también del valor estructurante de todas estas separaciones, cuando tienen lugar de forma progresiva, adecuada y oportuna en el tiempo. Me limitaré únicamente a mencionar algunas situaciones con respecto a las cuales les prevengo:

1. Antes del parto hablamos de la eventualidad de que el bebé tenga que estar unos días en incubadora y de que, dentro de los límites de lo razonable, insten al personal sanitario para que les permitan todo contacto posible con el bebé. Afortunadamente en estos últimos años las instituciones sanitarias infantiles se van abriendo más a la presencia de los padres, pero recuerdo hace unos años ir a visitar a una madre psicótica a una Maternidad privada en la que era costumbre que todos los recién nacidos estuviesen en una Unidad de observación las primeras 48 horas sin contacto con la madre. Siempre la intuición supo de la importancia de las primeras relaciones, pero investigaciones recientes a las que se refieren Brazelton y Cramer (12), ponen de relieve lo favorable de la prontitud de los contactos visuales y, en general, sensoriales del bebé con los padres. Pero las separaciones largas en estos momentos se problemati-

zan sobre todo a través de la ansiedad que se genera en las madres, que están en un auténtico período sensible, en el sentido que lo concibe Bowlby (13), es decir con una profunda nostalgia que les urge para rehacer su vientre embarazado en un regazo que necesita arrojar al bebé.

2. Las ausencias de los padres entre los 4 meses y el año las señalo como particularmente peligrosas, dentro del riesgo que se extiende hasta los dos años y medio y tres años. De este período ya hemos hablado y en él tienen lugar los fenómenos más intensos de extrañamiento, pero además son las épocas privilegiadas para la depresión analítica y las reacciones de hospitalismo que tan graves secuelas pueden dejar en el desarrollo motor, intelectual y psicoafectivo del niño.

Sucede con cierta frecuencia que, en este delicado período, los padres deciden hacer pequeños, o no tan pequeños, viajes ligados a la profesión de alguno de ellos, o simplemente de placer, animados por las benevolentes familias de los padres que desean que la joven pareja se divierta y que con gusto le echan una mano. Cuando regresan los padres al cabo de una, dos, tres semanas, la sorpresa es, a menudo, que el niño no los conoce, o incluso les rechaza y, en especial, a la madre. Robertson y Bowlby (13) han descrito en detalle este tipo de reacciones en concluyentes trabajos de investigación. Cuando el niño queda en un ambiente que le es familiar, está adecuadamente atendido, y el tiempo de ausencia se sitúa muy por debajo de los 3 meses, límite fijado por Spitz (14) para la irreversibilidad del cuadro anaclítico, la relación con los padres se restablece poco a poco, pero no está claro que no deje secuelas. Falta más investigaciones a largo plazo. Cuando vemos tendencias y manifestaciones depresivas en el adulto que pueden parecer caídas del cielo, yo me pregunto si

no hay muchas de todas estas situaciones que describe, en las historias de cada uno de ellos. Situaciones muchas de ellas que podrían evitarse con una adecuada información.

Nunca olvidaré el caso de unos jóvenes padres artesanos alfareros que un par de meses después de la charla en la que hablo de éstas cuestiones, vinieron a verme porque la abuela materna del niño de 5 meses, que vivía en un pueblecito asturiano y que todavía no conocía al nieto, se les había brindado para quedarse con el pequeño. El padre iba a irse varios meses a vender a Italia, en época de verano, todas sus existencias alfareras. La tentación de la abuela era demasiado... “Mi madre, decía ella, encantada, y el niño estaría tan fresquito en verano”. Además ella conseguiría mejores ventas y el reencuentro con el bebé en el otoño sería muy feliz. Afortunadamente la información que les había dado les llevó a venir deprisa a consultarme.

3. En este mismo estilo de situaciones está otra muy frecuente, al menos en Madrid, donde una gran parte de la población tenemos raíces profundas en las diferentes Autonomías. Es decir, que los niños que nacen, tienen como el de los alfareros una abuela en Asturias o si no, unos abuelos o tíos en Extremadura, Murcia, País Vasco o Galicia. El verano en Madrid es especialmente caluroso, las guarderías cierran en agosto, fechas que no coinciden siempre con los permisos de vacaciones de los padres, en fin, que de nuevo las teorías del fresco, el aire puro, la naturaleza, la paz del mundo rural, son invocadas y muchos niños pasan separados de los padres un mes o más antes de los dos años y medio o tres años y esto probablemente en un par de ocasiones.

Los abuelos para tranquilizar, un poco drásticamente, a los padres, aseguran que el niño está muy bien y que ni se acuerda de ellos.

Si el niño tiene dos años y medio, ha pasado algún verano con los padres y abuelos, o se trata de una “semanita” que precede o sigue a las vacaciones con los padres y que los abuelos viven en Madrid y el niño tiene mucho trato con ellos... pueden ser entonces experiencias buenas. Y, en general, más allá de los tres años este tipo de experiencias, aunque los tiempos de separación se alarguen algo más y sobre todo, llamando por teléfono de vez en cuando, suelen ser enriquecedoras.

4. Otra situación frecuente es la de los campamentos de verano, granja-escuelas y actividades similares que las Juntas Municipales, parroquias u otros servicios sociales organizan para niños que, en muchos casos, no se conocen entre sí. Es inadecuado meter en estas experiencias de manera indiscriminada a niños menores de 7-8 años, aunque sean sólo 15 días. Muchos niños se niegan después, durante años, a repetir la experiencia. Niños consistentemente latenciados de 8-10 años, y mejor si llevan a algún amigo, pueden beneficiarse, en cambio, de estas experiencias. También aquí conviene señalar las salidas de guarderías que hasta ahora se venían haciendo con niños menores de 5 años que pasaban un par de noches con sus compañeritos y la “seño” y que lloraban reclamando a sus padres por la noche. Independientemente de que esto no favorezca nuevas experiencias de separación, no hay por qué hacérselo pasar mal a los pequeños. Ahora con la nueva Ley de Educación, con escolarización a los 3 años, esperemos cambios positivos y que no se entienda la escolaridad en un sentido clásico e inadecuado.
5. Finalmente, llegamos a la situación del aprendizaje del inglés. La verdad es que es un problema qué hacer con los hijos que están en Enseñanza Primaria, que ya tienen vacaciones de verano y que los padres no. En estas circunstancias, si además hay que aprender inglés y

que dicen que cuanto más pequeñitos mejor, todo se pone viento a favor para separaciones inadecuadas de niños menores de 10-11 años, que se les factura con una organización a Inglaterra o a Estados Unidos. Con 10-11 años, que vayan a un colegio en suelo patrio, fundamentalmente de esparcimiento y en el que aseguran que sólo se habla inglés, pues bien. Los padres les llaman o van a verlos algún fin de semana y, al año siguiente, con 12 años y su gran bagaje de inglés, ya pueden pasarse un mes en la pérvida Albión.

Siempre es importante que vayan con alguien conocido allí donde todo lo desconocen; lo mismo que las preparaciones del viaje con las personas que les van a atender luego allí, y las regulares llamadas telefónicas de los padres.

Pero en torno al inglés hay separaciones de un año, o al menos de un curso escolar, de chicas y chicos de 13-14-15 años que aterrizan en una familia en Estados Unidos en momentos tan delicados como los de la pubertad y de los cuales yo ya he atendido a algunos y de otros tengo referencia.

También es cierto que en todas estas situaciones que estoy comentando hay chicos o chicas que les va bien, o que no les va mal, pero la cuestión hay que considerarla desde una perspectiva preventiva primaria: ¿Es que de manera indiscriminada podemos decir que, a estas edades, separaciones tan largas en ambientes desconocidos deben favorecerse? Justo cuando el chico o la chica se encuentran en pleno proceso de despedida, de desinversión y duelo de las imáges infantiles de los padres, necesitan tener ahí a sus padres de carne y hueso para que les sirvan como prueba de realidad y les confronten con sus sentimientos ambivalentes. Justo en los momentos en que la sexualidad es-

tá pujando fuerte y que las primeras experiencias sexuales pueden plantearles problemas, sus amigos habituales y su familia están muy lejos.

El que un chico o chica de 16-17 años pida irse un año fuera, que se le suelte hilo a la cometa, creo que es un dato a favor de permitirselo, pero muchas veces son los padres quienes fuerzan estas separaciones dejándose arrastrar por una moda que juzgan de interés para sus hijos. Otras veces, chicos de 13-14 años sobrevaloran sus posibilidades empujados por el polo autonómico de su incipiente adolescencia, pero luego se lamentan de que los padres hayan estado tan fácilmente de acuerdo.

UN SECRETO PARA CRECER

Voy a contar una historia que la conocemos y la desconocemos todos. La cuento porque me interesa traerla al hilo de lo que quiere decir.

El niño hacia los tres añitos podemos decir que ya es un pequeño individuo, él es él, su mamá su mamá y además ya sabe echar mano en su mente de esa representación estable de ella para poderla esperar. Ante él se abre un nuevo mundo que tiene su horizonte en los siete años y del que ya conoce su prehistoria, el mundo de la diferencia de sexos. Hasta ahora el mundo se dividía en grandes y pequeños, pero ahora ya empieza a hacerse otras preguntas: por qué le llama mamá a mamá, papá a papá, por qué es un niño o una niña y su hermanito o hermanita pertenecen al otro genero. Todo esto se lo plantea con un pensamiento mágico, el de los cuentos de hadas, por eso se les cuentan, es decir, que las alfombras vuelan, las calabazas se convierten en carrozas, existen varitas mágicas, genios omnipotentes, o gigantes que se convierten en enanos. Así los niños también piensan, en el fondo, que la colita podrían quitársela o ponérsela o que podrían hacerse, de

algún modo, con una tan grande como la de papá o con unos pechos tan grandes como los de mamá. En fin, son múltiples y variopintas las danzas que en torno a los atributos sexuales, masculinos o femeninos, la niña o el niño pueden organizar en su mente y organizan de hecho en estas edades. Además, ya desde muy pequeños había algo que no les gustaba nada. Eso de que los padres se hiciesen un arrumaco, una demostración de cariño, una aproximación entre ellos, les inquietaba un montón y les entraba una fuerte desazón hasta que se metían por medio. El o ella querían al papá o a la mamá en exclusiva. ¡Los dos padres juntos, un auténtico demonio!, la exclusión pura y dura, algo a combatir y en ningún caso a fomentar. El niño además ve cómo se hacen caso los padres entre sí. Si, por ejemplo, la niña está con el padre y llega la madre, el padre estará atento a las sugerencias de la madre en primer lugar y viceversa. “Vamos, que aquí hay gato encerrado. ¿Por qué se harán caso de esta manera y yo no consigo que me lo hagan de la misma forma?. Ellos tienen algo que yo no tengo para conquistar al otro”. En fin, que no tardan mucho, en el período de edad al que nos estamos refiriendo, en pensar que eso debe tener que ver con las emociones y excitaciones calurosas que ellos también sienten, y para las que sus padres están mejor dotados de atributos; en definitiva, que se trata para ellos de algo así como lo que los adultos llamamos sexualidad. Y al niño le tira más la madre y a la niña el padre. Y durante estos años no dejan de preguntarse por qué, por qué..., haciendo gala de una intensa curiosidad como si estuviesen buscando algo por todas partes. Descubrir el secreto de lo que los padres se atraen entre sí, cómo se conquistan el uno al otro, es un objetivo a alcanzar, y todos los niños se inquietan cuando tienen que irse a la cama (ahora pis, ahora un vaso de agua, ahora un cuento, ahora otra vez el cuento... el cuento de nunca acabar). Dejar de noche a los padres sueltos por la casa o en su habitación es darles demasiadas posibilidades. El pobre sufre de marginación y pide una luz para no ver, para no ver lo que imagina y que le cuesta trabajo acep-

tar; y ver, en cambio, las puertas de su armario o la pared que le dan a entender que no pasa nada. Todos los niños antes o después acaban presentándoseles a los padres en su habitación o reclamando su presencia en la suya. El niño quiere controlar esa relación misteriosa que él nunca acaba de imaginar suficientemente y en la que se esconde el motivo de su exclusión y la clave para el control del padre del sexo opuesto.

El final de la historia ya lo conocemos todos: el niño, o niña, ha de rendirse al final de este período, ante la imposibilidad de descubrir y controlar los misterios de esa relación, de destruir sus vínculos y crear unos nuevos más satisfactorios para él. Está claro que no está todavía en condiciones de conquistar al padre del sexo opuesto. ¿Qué ha de hacer pues? Si todo evoluciona así de bien:

1. Durante estos años hay que esperar que haya desarrollado sus escenarios y representaciones internas y que esto le va a permitir ahora aceptar la renuncia a sus desmedidas pretensiones.
2. Diferirá esas pretensiones al futuro. Hoy no es posible, pero algún día quizás podrá serlo.
3. Se pondrá manos a la obra. Se dedicará a crecer y a ser como el padre de su mismo sexo para tener con la misma preponderancia que él, a alguien como el otro padre. Adquirirá su identidad sexual psicológica.
4. Desplazará sus intereses erótico-afectivos hacia profesores, compañeros, cantantes o héroes de una serie televisiva (sobre todo si son coleccionables en cromos).
5. Su curiosidad sexual pasará a incrementar sus intereses epistemofílicos y sus deseos de saber harán de él un buen escolar de Enseñanza Primaria.

En definitiva, se pondrán en marcha mecanismos de represión, de desplazamiento, de sublimación y de simbolización, además de esa importante capacidad de diferir, exponente de

un gran avance del principio de la realidad sobre el principio del placer. Los procesos de secundarización salen así fortalecidos y se instaura el fenómeno de la latencia, tan importante para un buen porvenir del funcionamiento mental.

Todos estos cambios del período edípico a la latencia suponen una renuncia interna, aunque sea provisional, a unos determinados intereses hacia los padres, renuncia apuntalada por la angustia de castración y la de separación, que subyace y que se recrudece. Estos momentos críticos conllevan a menudo afectos depresivos y tendencias regresivas y el paso del Rubicón necesita todavía un cierto apoyo de la realidad externa de los padres, algo que suponga una ayuda a esta renuncia y no una ayuda a todo lo contrario. La ayuda de los padres además de su presencia tranquilizadora y de sus intercambios ricos en afectos, consiste en preservar la vida íntima de la pareja en la inaccesibilidad a su conocimiento y a su control por parte de los hijos. Si esta inaccesibilidad no es tal, si el niño logra controlar de algún modo la vida íntima de los padres, o está seducido por su proximidad, el niño tomará una vía evolutiva diferente a la que acabo de describir.

Y aquí llego a lo que me interesa señalar. Hace ya unos años que de manera sistemática pregunto a todos los padres de los niños que atiendo, tanto en el trabajo preventivo como en la consulta ordinaria, por sus hábitos en cuanto a estar desnudos o no delante de los hijos, a compartir con ellos el cuarto de baño, a ducharse a bañarse juntos, así como si los niños o ellos cambian de cama, de modo que el niño pase la noche o parte de ella con uno o con los dos padres. En realidad el tema de las camas, que yo llamo “los trasiegos nocturnos” es un poco diferente al de la práctica nudista en casa, pero bastante a menudo van juntas y se potencian. Bueno, pues mi sorpresa fue encontrarme que era una práctica muy habitual entre las familias que consultaba. En la forma de contestarme comprendí que era un fenómeno cultural bastante extendido y que los padres en su propia infancia no habían vivido esto mis-

mo en sus familias, sino casi siempre todo lo contrario. Una respuesta muy frecuente es: “Nosotros estamos desnudos en el cuarto de baño, nos duchamos o nos bañamos delante de ellos y aunque nos estamos vistiendo o desnudando en nuestro cuarto, ellos entran con toda libertad. Nosotros a esto no le damos importancia”. Me estoy refiriendo a niños entre 3 y 12 años.

Otros padres van más lejos y se duchan o bañan con los hijos dicen: “Ahora ya no, porque no cabemos en la bañera” (Pero si cupiesen...).

En una consulta de estas últimas semanas una madre me contaba delante de su flemático marido que su hijo de 5 años, cuando ella se vestía, le tocaba los pechos y le pedía que se los dejase besar, y que ella le dejaba sin darle mayor importancia. Ejemplos similares son más excepcionales pero se presentan con relativa frecuencia.

Poco a poco, y también hablando con compañeros, fui constatando que el fenómeno de la apertura en España había cambiado los hábitos familiares al menos en la población que asistía y seguramente a niveles más generales.

Y también, tras haberme detenido a hablar con los padres, individualmente o en grupo, pude constatar que muchos de ellos se fuerzan y, a veces, es sólo uno de la pareja el que se violenta siguiendo al otro, pero ambos pensando que es bueno para los niños y que a la sexualidad hay que quitarle importancia. Estos padres parecen avergonzarse, o no tener derecho, a un ligero carraspeo cuando las primeras veces son sorprendidos por una sagaz pregunta de sus hijos sobre “la materia”.

La segunda cosa que me llamó la atención fue la coincidencia de muchas de estas situaciones con dificultades o fracasos de la latencialización, con motivos de consulta por problemas escolares y de comportamiento, con un trasfondo a

menudo depresivo, y algún caso, mucho menos frecuente, que podría ir, desde un punto de vista patogénico, en el sentido contrario, es decir, con manifestaciones obsesivas de tipo hipocondríaco.

Tengo la costumbre, en general, de entrevistar a los padres dos o tres veces antes de ver al niño, y con todos los que se encuentran en las circunstancias dichas, por supuesto si además concurren los hábitos de los trasiegos nocturnos, abordo el tema. Lo hago presentándolo como una cuestión preventiva, algo colateral probablemente al motivo que les trae, pero aportándoles cierta comprensión y en ocasiones conteniéndoles en sus precipitados deseos de cambio. Bueno, pues con frecuencia sucede que el niño va mejor antes de finalizar las 2-3 primeras sesiones con él, y cuando concluyo con los padres, me cuentan con satisfacción los cambios que ellos han introducido.

Es difícil entre tantas variables terapéuticas saber qué cambio corresponde a cada elemento de una intervención global, pero a lo largo de estos años me afianzo cada vez más en las convicciones siguientes:

1. Que la historia social es pendular y que recientemente hemos pasado de una época predemocrática cerrada, oscura y represiva en torno a la sexualidad, a un aperturismo exagerado y a menudo exhibicionista con excesiva densidad de elementos perversos en el candelero, que tiene algo de revanchismo y que muchos padres jóvenes han sido atrapados por la ola.
2. Que en el movimiento pendular de la época pasada a la presente, ha sucedido con las nociones de jerarquía y autoridad otro tanto que con la sexualidad, y ello también ha repercutido en el desdibujamiento de las generaciones en las familias. A veces son los mismos padres, a los que he aludido los que dicen: “Mi hijo para mí no es mi hijo, es un amigo”. Es muy difícil desde esta tesitura que el niño tenga unos límites adecuados.

Hoy afortunadamente empezamos a hablar de los niños maltratados, pero ya hace tiempo que debería haberse empezado a hacerlo de los padres maltratados. Muchos son los padres disfrazados de genios, con o sin lámpara maravillosa, y muchos los niños dispuestos a ejercer de Aladín eternamente.

3. Que el cuerpo desnudo del padre del sexo opuesto pertenece a la vida íntima de los padres y que el acceso a él por el niño, más allá de su tierna infancia, va en el sentido de apoyar una fijación edípica a los padres y por tanto de dificultar los procesos de latencialización. Es añadir un factor más a la génesis de problemas afectivos (dificultades para desinvertir a los padres), de comportamiento y escolares. Está claro que me estoy refiriendo a factores de riesgo y hablo fundamentalmente desde el lugar de la prevención primaria. Por tanto unos padres concretos, más allá de observar ciertas pautas de comportamiento, pueden transmitir al niño a través de diferentes connotaciones (reflejo de su vida fantasmática) un determinado sentido o justamente el contrario, a dicho comportamiento.
4. Cuando, por el contrario, los padres preservan su vida íntima, sin rigidez pero con normas claras, se favorece una buena diferenciación de sexos y generaciones (los dos puntales de la salud mental familiar). Se ayuda al niño a crecer, a identificarse con el padre del mismo sexo y a reorganizar su mundo psíquico en base a la prohibición del incesto.

Concluyendo ya un tema, que podría matizarse bastante más de lo que aquí es posible, pienso que el secreto de la vida íntima de los padres y su inaccesibilidad al control por parte del niño, ayudan a éste a un proceso de desinversión erótico, de desplazamientos, de adecuadas represiones internas y, por tanto, de simbolización y sublimación. Todo ello ne-

cesario para navegar con éxito por la edad de la latencia. El secreto funciona como un motor para el desarrollo y el crecimiento sanos, y las circunstancias sociales pueden favorecer que se preserve, o que se haga demasiado accesible y seductor.

Ni qué decir tiene que actitudes sociofamiliares, como las que correspondían a la España predemocrática, conllevaban otros inconvenientes. Está claro que la vida íntima de los padres ha de trascender de algún modo a la vida relacional con los hijos, de tal forma que éstos puedan reconocer, desarrollar sus fantasías y dar expresión también, de algún modo, a sus deseos, pero deben confrontarse en la realidad externa con unos límites al servicio de una prohibición y de un secreto estructurantes de la vida intelectual y afectiva del niño.

Termino mis consideraciones sobre estos tres aspectos preventivos recordando su valor orientativo en el campo de la prevención y, por tanto, el interés de entenderlas con la adecuada flexibilidad y no como normas rígidas. He manejado conceptos como el de riesgo, que tienen valor situacional, epidemiológico o estadístico; por ello, no he puesto en primer plano el valor, más a menudo decisivo, de las fantasías y efectos individuales del niño y de su entorno humano concreto.

BIBLIOGRAFIA

(1) GERALD CAPLAN. "Principios de Psiquiatría Preventiva". Editorial Paidós. Buenos Aires, 1980.

(2) D. W. WINNICOTT. "El proceso de maduración en el niño". Editorial Laia. Barcelona, 1975.

(3) MARGARET MAHLER. "Estudios 2. Separación-individuación". Editorial Paidós. Buenos Aires, 1984.

(4) SIGMUND FREUD. "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Parte III). Obras completas, T. XVI. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1978.

(5) D. W. WINNICOTT. "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis". Editorial Laia. Barcelona 1981.

(6) L. KREISLER. "El insomnio en el lactante". Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Biblioteca Nueva. Madrid, 1990.

(7) J. DE AJURIAGUERRA. "Manual de Psiquiatría Infantil". (Pág.166). Toray-Masson S.A. Barcelona, 1976.

(8) J. F. ROBAIN. "La Higiene Mental infantil y los modos de cuidado en los niños pequeños". En el Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Biblioteca Nueva. Madrid. 1993.

(9) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. "Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud". Madrid, 1990.

(10) CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. "Guía para la Salud Infantil en Atención Primaria". Ed. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 1990.

(11) M. CABALEIRO GOAS. "Repercusiones psiquiátrico-sociales de la emigración sobre los familiares próximos del emigrante en el país de origen". Revista de Psicología General Aplicada. Madrid, 1969.

(12) T. B. BRAZELTON y B. G. CRAMER. "La relación más temprana". Paidós. Barcelona, 1993.

(13) J. BOWLBY. "La separación afectiva". Editorial Paidós. Buenos Aires, 1976.

(14) RENÉ A. SPITZ. "El primer año de vida del niño". Ed. Aguilar. Madrid, 1961.