

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

Toledo, octubre de 1994

VIII CONGRESO NACIONAL

“LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS”

- | | |
|---|---|
| A. LASA | Inauguración del Congreso: “Acerca de la identidad y sus trastornos”. |
| R. BERNARDI | Los orígenes de la identidad. |
| J. MANZANO | Separación e identidad en psicoterapia de niños. |
| M. UTRILLA | Las identificaciones en el niño. |
| N. FILLAT | Reflexión sobre la identidad en una situación clínica particular. |
| N. BEA y E. TORRAS | El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños. |
| G. ZEGRI | El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes. |
| M. MABRES | Sobre identificación e identidad sexual: datos clínicos. |
| | * * * * |
| C. ROBERT-TISSOT,
S. RUSCONI-SERPA,
J.-P. BACHMANN,
G. BESSON, CRAMER,
KNAUER, M. DE MURALT,
F. PALACIO, D.N. STERN. | Cuestionario “Symptom Check-List” evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia. |

N.ºS 17/18 1994

(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

Toledo, octubre de 1994

VIII CONGRESO NACIONAL

“LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS”

A. LASA	Inauguración del Congreso: “Acerca de la identidad y sus trastornos”.	5
R. BERNARDI	Los orígenes de la identidad.	11
J. MANZANO	Separación e identidad en psicoterapia de niños.	33
M. UTRILLA	Las identificaciones en el niño.	45
N. FILLAT	Reflexión sobre la identidad en una situación clínica particular.	65
N. BEA y E. TORRAS	El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños.	77
G. ZEGRI	El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes.	87
M. MABRES	Sobre identificación e identidad sexual: datos clínicos.	93
	* * * *	
C. ROBERT-TISSOT, S. RUSCONI-SERPA, J.-P. BACHMANN, G. BESSON, CRAMER, KNAUER, M. DE MURALT, F. PALACIO, D.N. STERN.	Questionario “Symptom Check-List” evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.	107

N.ºS 17/18 1994

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

Estos dos ejes están, en mi opinión, presentes en una proporción variable en toda transferencia, aunque en algunos casos extremos (por ejemplo personalidad narcisista) el eje conflictivo este prácticamente ausente, y en otros (personalidad neuróticas) la inversa (MANZANO) (6).

(3) JACOBSON (1964): "The self and the object world" I. U. P. New York.

³ L. y R. Grinberg (1993) "Identidad y Cambio". Ed. Paidós. Barcelona.

MISES R., JEAMMET P.: "La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", *Confrontations psychiatriques*, 1984; 24: 251-274.

ROIPHE H., GALENSON E.: "Infantile origins of sexual identity", International Universities Press, 1981.

SAUVAGE D., GONZALES A.M., LARMANDE C., LEDDET I., BARTHÉLEMY C.: "Les troubles fonctionnels du premier trimestre observés á l'hôpital", *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 1982 ; 30 (4-5): 193-196.

INTRODUCCION: ACERCA DE LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS*

Alberto Lasa Zulueta**

La identidad es lo que nos hace diferentes de los demás, ser uno mismo equivale a ser otro distinto de los demás.

Uno no puede constituirse sin los otros. Identidad y alteridad (volveremos sobre la curiosa etimología de esta palabra) son inseparables en el ser humano, nos diría un filósofo.

Y sabemos desde nuestra vertiente que el bienestar narcisista (autoestima), es también inseparable del amor –del aprecio que el otro nos manifiesta–. Sabemos también de una de las paradojas que muestran quienes padecen de un narcisismo patológico. Cuanto más autosuficientes se nos muestran, más hipersensibles son al aprecio de los demás.

El ser humano, el bebé humano nace y se desarrolla marcado por su extrema dependencia inicial.

Desde que nace, es una boca abierta, pero también mirada atenta, oídos sensibles, piel porosa. Un cuerpo abierto y ávido de estímulos sensoriales (y de quien se los proporciona).

* Conferencia Inaugural del VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “La identidad y sus trastornos” tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

** 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.

Estímulos que van a ir impactando, o mejor excitando determinadas zonas erógenas.

Cada ser humano determinará sus preferencias, y a partir de un cuerpo con impulsos instintivos inespecíficos y vitales (el hambre, la necesidad de contacto) cada cual elegirá poco a poco qué tipo de experiencia quiere repetir. Construirá su propia biografía de experiencias y recuerdos.

Porque cuando Freud sitúa la pulsión en lugar del instinto como motor fundamental del psiquismo modifica radicalmente lo impersonal en una construcción psíquica personal. Y para él la satisfacción alucinatoria del deseo, que trata de repetir experiencias placenteras ya conocidas, supone la primera creación o representación psíquica (de esto nos hablará el Profesor Bernardi en su exposición).

Lo que se incorpora en las zonas erógenas no es sólo un estímulo sensorial placentero, es también experiencia psíquica que añade, introyecta algo del otro (pecho, rostro, mano, boca). Y a la hora de repetir, de crear experiencias autoeróticas algo del otro se cuele en el recuerdo. Y ahí de uno si el otro no se le cuele en la mente.

Vuelvo a la etimología de la que hablaba. "Alter" (otro) y alterar tienen idéntico origen. El papel del otro es alterar, cambiar el orden, perturbar, trastornar. Ferenzi (1909: "Introyección y transferencia") escribió bellas páginas acerca de la pasión que perturbaba la transferencia.

Nadie más imperturbable que el autista. Impasible frente al otro, no llegará a ser uno. Fiel a su biología y solo a ella se negará a alterar la paz de la satisfacción instintiva y no entrará en el vértigo de la imprevisible relación humana.

Es alguien desde afuera quien proporciona estímulos y quien permite aunarlos en un interior corporal (con un límite, la piel) y un espacio psíquico.

Para poder llegar a ser uno (mismo) hay que repetir la experiencia de sentirse bien dentro de su cuerpo. Experiencia que por cierto, nos marca muy precozmente.

El primer yo es un yo placer, un yo corporal unificado y cuando uno ya es uno quiere separarse, marcar las diferencias, de lo que no es uno.

Porque en caso contrario, (mi yo suma de placeres dispersos... y hasta explosivos) cuando uno no es dueño de sus sensaciones (de su cuerpo) ni siente que sus fantasías se mueven dentro de su mente, no puede crear un mundo autoerótico que le calme, y depende en exceso de estímulos externos. Asistimos entonces a la otra locura (de más fácil arreglo que la del autista).

La dependencia simbiótica nos muestra bien la dificultad y la angustia de confundirse en el otro. Acercarse al otro es sinónimo de penetrarle, de destruirle y de quedar fundido en esa desintegración. La aproximación es explosiva.

Para separarse hay que ser uno, para ser uno hay que separarse. Curiosa paradoja. (El Prof. Juan Manzano abordará precisamente la articulación separación - identidad en el proceso psicoterapéutico).

Cuando no se dispone de una integridad psíquica, o de suficientes experiencias de bienestar narcisista, la identidad se quiebra o flaquea.

Difícil destino el del narcisista, permanentemente ansioso de ser reconocido como único, y permanentemente hipersensible al cariño de cualquiera, pero a la vez también permanentemente furioso y fácilmente agresivo ante cualquiera que sea indiferente a sus encantos.

Pero cuando uno es ya alguien y alcanza cierta paz consigo mismo ya está listo para afrontar y enfrentar a quienes le rodean.

Que voy a decir que no se sepa sobre el emocionante juego de hacer de papá o mamá, de indagar y meterse en el espacio prohibido, de sustituir, reemplazar y desplazar a personas queridas y a la vez odiadas porque poseen en exclusiva a otras personas también queridos, y en tanto que inasequibles, también odiadas.

Pero el Edipo, aunque tiene nombre de tragedia (o si lo prefieren, en la neurosis) ya no es tan trágico. Uno no arriesga su integridad psíquica. No es una amenaza mortal, sólo la pérdida de pequeños privilegios. Bien es cierto que las pequeñas diferencias movilizan una enormidad de sentimientos. Incluso son pequeñas diferencias que pueden hincharse como globos. A veces solo por incordiar al ligeramente distinto, es el divertimento de nuestros piques y amores cotidianos. A veces porque no nos es fácil conformarnos con lo que tenemos o creemos tener, y nos lamentamos de lo que carecemos o creemos carecer (María Hernández desarrollará la importancia que lo semejante y lo diferente tienen en la búsqueda puberal de la identidad).

Pero otras veces es distinto. ¿Qué pensar de los que hacen de esta pequeña diferencia una cuestión de supervivencia psíquica, de amenaza vital? Cuando la identidad sexual (sobreinvertida) es algo a reafirmar cada día so pena de debacle narcisista (y contaremos con la presencia de la Dra. Paulina F. Kernberg para que nos comunique su experiencia terapéutica con niños que sufren a causa de su identidad sexual).

Pero al final (del edipo) la cosa está clara. Si puedo llegar a ser como él y así conquistar a una como ella, ¿para qué perder el tiempo con peleas perdidas de antemano!

Y así se llega a jugar a otro riesgo. El riesgo de jugar. Jugar a ser más que el otro (más rápido, más fuerte, más hábil...). Jugar a aliarse con los iguales frente a los distintos. Jugar a excluir. O a seducir a quien nos excluye. El juego puede ser una magnífica escuela en la que se practica la identificación.

Pero jugar exige también confrontarse con el otro, y necesita de cierta capacidad de tolerancia a la vez que permite el flexible ejercicio del humor. Quizás por ello tenemos que recordar que hay niños que no pueden jugar y que ello equivale siempre a una falta de flexibilidad... de significado clínico. Por brutal rechazo del otro (polo autista). Por temor a verse invadido - agredido (polo simbiótico) Por ignorar o fingir indiferencia hacia lo vulgar (polo narcisista). O cuando afrontar la diferencia sexual pasa de ser divertido a ser una amenaza para la integridad psíquica.

En resumen la identificación, desde la incorporación y la introyección hasta la elección de un Ideal del Yo, es un largo camino que recorre largos años (recorrido que la Dra. Utrilla abordará en su trabajo sobre las identificaciones en el niño).

Recorrido que tiene sus vueltas. Cuando ya todo parecía hecho, todo se removiliza.

Me refiero a la removilización de la adolescencia. Otra vez se replantea el “¿Quién soy yo?”, “¿quién quiero ser?”. O más bien el “¡sobre todo seré distinto/ o seré como mis padres!”... Otra vez, de nuevo presentes en el dilema de la identidad.

Recientemente unos padres indignados con su hijo adolescente, mostraban su perplejidad al oírle solemnes y violentas declaraciones y amenazas de querer abandonar el hogar familiar y acto seguido una gran bronca, a sus padres, porque habían salido una tarde dejando la nevera... ¡sin coca-colas y sin el chorizo que a él le gusta merendar!

Otra vez la paradoja de sentir la necesidad extrema del otro y, a la vez, el temor a su influencia. Necesito vuestra mirada... pero rechazo vuestra influencia (paradoja que el Prof. Ph. Jeammet ha desarrollado en su ya larga experiencia sobre los problemas de la identidad en la adolescencia).

Otra vez, en la adolescencia, la integridad y el equilibrio narcisista dependen fundamentalmente del otro.

Como vemos con frecuencia en situaciones clínicas, muchos intentos de suicidio de adolescentes dependen, en último término, de un gesto de amor o de desamor.

El otro decide si mi vida merece la pena. Y es que fragilidad narcisista e intolerancia van unidos. Nuestro trabajo es un encuentro entre identidades distintas y no hay encuentro si no se reconocen las diferencias.

Reconocer al otro es un ejercicio de tolerancia.

Precisamente aquí en Toledo, suceso único en la historia, convivieron pacíficamente y se enriquecieron mutuamente durante siglos, en un prodigio de tolerancia y reconocimiento mutuo, muy diferentes culturas, religiones, identidades...

¿Qué mejor lugar para saber lo que piensan de la identidad personas que proceden de diferentes países?

LOS ORIGENES DE LA IDENTIDAD*

Ricardo Bernardi**

El concepto de identidad hace referencia a la experiencia de continuidad y mismidad del self, como algo que mantiene su permanencia en medio de los procesos de cambio y crisis. Unir identidad y cambio implica una cierta paradoja, ante la que fracasaba un niño psicótico, que se preguntaba angustiando cómo haría para saber que seguiría siendo él mismo cuando creciera. La identidad es precisamente esa experiencia de continuidad a través de las transformaciones del tiempo y las circunstancias.

Los trastornos de la identidad, tema elegido por este Congreso, poseen especial interés en la época actual. Por un lado se ha incrementado el estudio de los cuadros clínicos borderline o narcisistas, en los que los problemas de la identidad ocupan un lugar central. Pero al mismo tiempo este fin de siglo nos obliga a reflexionar sobre el lugar que ha pasado a ocupar la subjetividad en la crisis de la modernidad. Junto con el descubrimiento del inconsciente el siglo debutó con el anuncio nitzcheano de la muerte de Dios, y en ese mundo desacra-

* Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

** Profesor de Psicología Médica, Facultad de Medicina de Montevideo.

NOTA DEL EDITOR: En la ponencia se presentaron videos. Se ha tratado que las referencias a ellos sean lo más claras posibles.

lizado hemos visto desplegarse distintos proyectos colectivos, tanto humanistas como antihumanistas. Cuando Erikson escribió sus ensayos sobre la identidad, a mediados del siglo, la identidad individual estaba enmarcada en proyectos colectivos vigorosos y confrontados entre sí. Pero a medida que nos aproximamos al final del siglo, se han vuelto predominantes los temas que anuncian la muerte, no ya de Dios, sino del hombre y de sus utopías, y con ellas, el fin de la historia, el vacío, la futilidad y el desencanto. Pero a modo de un retorno de lo reprimido, junto a éste relativismo escéptico encontramos, en el otro extremo. La afirmación intolerante de las identidades nacionales, o grupales, que hacen reaparecer por un lado inesperado los emblemas identificatorios cuya necesidad parecía haber caducado.

Cuando desarrolló su concepto de identidad, Erikson lo situó en el cruce de un psicoanálisis abierto a las ciencias sociales y de una psicología social capaz de incluir los dinamis-mos psíquicos. En esa misma línea se ha señalado que el incremento de las patologías narcisistas guarda relación con la crisis de las estructuras familiares y sociales que son su sostén. Esto conduce el interés hacia la forma en la que los procesos intrapsíquicos y sociales confluyen para dar origen a la identidad. "De la filiación a la afiliación" titulaba S. Lebovici sugestivamente uno de sus trabajos.

¿Cómo articular conocimientos provenientes de distintas disciplinas? Sabemos que no es posible simplemente juxtaponerlos pues los paradigmas propios de cada campo de conocimiento tienden a crear su propio lenguaje, potencialmente inconmensurable con el de los demás. Pero no se trata de excluir: este fin de siglo también nos ha hecho menos afectos a las grandes síntesis o a las verdades absolutas de escuela. Confiamos más en las verdades parciales y en la confrontación trabajosa y humilde entre las distintas disciplinas, que respete lo específico de cada una de ellas a la vez que estimule el surgimiento de nuevos métodos e hipótesis.

Mi perspectiva será la de un psicoanalista interesado en los estudios interaccionales y epidemiológicos sobre el desarrollo. Esto hace necesaria una aclaración. Si bien el psicoanálisis ha puesto su énfasis en los aspectos intrapsíquicos, para comprender mejor la contratransferencia, los tratamientos de pareja y familia, y los fenómenos sociales, debió diferenciar y prestar también atención al espacio vincular y al espacio transobjetivo en el que se da la relación del individuo con el contexto macrosocial al que pertenece (J. Puget e I. Berenstein).

A estos tres espacios: intra, ínter y transobjetivo, es necesario agregar el espacio corporal: la noción freudiana de pulsión pone de manifiesto la relación a la vez de interioridad y de exterioridad que existe entre el cuerpo y el psiquismo, al hacer referencia al trabajo que los estímulos procedentes del interior del organismo imponen al aparato psíquico. Para considerar el tema de esta conferencia, los orígenes de la identidad, es útil partir del estudio de los espacios corporal y vincular.

Erikson decía que el desarrollo de la identidad comenzaba en el primer encuentro verdadero de la madre con el niño como dos personas que pueden tocarse y reconocerse una a la otra. De la cualidad de este encuentro entre las capacidades más o menos coordinadas de ambos, decía, dependerá el sentido de identidad del niño, de ser uno mismo y de confianza hacia el ambiente.

¿Qué significa “reconocerse uno al otro”, madre e hijo, en las primeras interacciones y de qué manera comienza allí el desarrollo de la identidad del niño?

Para considerar esta pregunta abordaré tres niveles:

1. El reconocimiento mutuo en la interacción corporal temprana
2. Las representaciones maternas acerca del niño.
3. La resignificación que el sujeto hace de las experiencias vividas en su historia.

1. EL RECONOCIMIENTO DE SI MISMO Y DEL OTRO EN LA INTERACCION CORPORAL TEMPRANA

¿Qué es lo que madre e hijo reconocen inicialmente uno en el otro?

Espero poder ejemplificarlo en unos fragmentos de vídeos filmados por un neonatólogo, el Dr. José L. Díaz y que hemos estudiado conjuntamente. Pertenecen a la puesta al pecho dentro de las primeras 72 horas de vida del niño.

En el primero de ellos es posible apreciar:

- La forma en la que la madre, junto al alimento da el sostén (**holding**) y la contención a la experiencia de interrelación.
- La búsqueda del acople mutuo a través de movimientos de **complementación** y de **concordancia**, que, como ha sido señalado, tendrán luego las características de danza (estamos en presencia de sus precursores).
- Los **movimientos de complementación**:
 - Los estímulos a través de distintas modalidades sensoriales (caricias, movimientos, peinado) se corresponden con la capacidad del niño para lograr percepciones multi o amodales.
 - Para que el niño deje de llorar, y pase a un estado de conciencia más apropiado para la mamada, la madre calma su llanto intercalando su voz en las pausas del llanto, intercalando “no llores... no llores”. A su vez al hablar deja espacios como si el niño contestara, o en una suerte de ventriloquismo contesta por él con voz añorada.
- Las **experiencias de concordancia**: la madre busca engancharlo a través de una sincronía de ritmos. Vemos también fenómenos de contagio o imitación que favorecen la identificación: la madre succiona junto con el niño.

La canción de cuna promueve una envoltura sonora que regula y hace coincidir los ritmos de ambos.

Madre e hijo establecen los márgenes dentro de los cuales dan los comportamientos complementarios y concordantes que caracterizan las formas de encuentro y separación.

Los estudios pioneros de Racker habían puesto de manifiesto que la contratransferencia del analista se daba sea en forma complementaria, cuando se identificaba con un objeto interno con el cual el paciente interactuaba, sea en forma concordante, cuando compartía una misma emoción. Los actuales estudios empíricos en el campo de la psicoterapia tienden a confirmar la existencia de fenómenos interactivos similares a los que estamos estudiando.

Atendamos ahora a lo que nos muestra un vídeo centrado en la actividad del niño, tomado cerca del fin de la mamada:

- La actividad nutritiva se combina con la exploratoria. Todo el cuerpo, incluso el cierre de los ojos, se concentra en la exploración oral del cuerpo materno.
- Los movimientos rítmicos del pezón que la madre provoca con su mano, sirven no sólo para desencadenar el reflejo de succión, sino que dan pie a un diálogo corporal, que va mucho más allá de la actividad refleja.

Estamos en presencia de los primeros pasos en lo que Brazelton (1979, 1990) ha llamado la integración primordial: el niño tiene que controlar sus estados de conciencia y sus sistemas motores y autónomos y permitir o no la recepción de estímulos. De esta forma inicia un desarrollo que, a través de distintos estadios, lo conduce desde estas primeras manifestaciones de un self emergente (Stern, 1985) a la adquisición de una creciente autonomía, a medida que constata su capacidad de control sobre sí mismo y sobre el ambiente.

Este reconocimiento del propio cuerpo en el vínculo interactivo es uno de los precursores de la identidad.

¿Cuáles son las vivencias subjetivas de este self emergente? Desde el psicoanálisis se han propuesto distintos modelos de lo que podrían ser los inicios de la vida psíquica. Algunos autores han defendido la existencia de un yo inicial (p. ej., M. Klein), otros (p. ej. M. Mahler) la existencia de una fase de simbiosis y también se ha postulado un estadio inicial anobjetal o de autismo primario, difícil de conciliar hoy día con la rica capacidad de relación que muestra el recién nacido. También se ha sugerido que más que de un estado de simbiosis correspondería hablar de momentos de fusión transitorios (F. Pine, citado por Hoffmann, 1994). Distintos autores (D. W. Winnicott, H. Kohut, Bion) han propuesto modelos más complejos de la relación entre el objeto externo, el objeto interno y el desarrollo del self.

El diálogo entre los estudios interaccionales y el psicoanálisis pasa en buena medida por la comprensión de las relaciones entre las representaciones de la interacción que puede formar un bebé en estado de vigilia tranquila y los problemas que encuentra el psicoanálisis en la integración de los impulsos libidinales y agresivos por un lado y por otro con los problemas creados por la ausencia del objeto, la simbolización y los fenómenos de desinvestimiento.

En el siguiente vídeo muestra las dificultades del encuentro inicial entre una madre y su bebé. Si bien estas dificultades no impiden la mamada, muestra la dificultad para los movimientos de complementariedad y concordancia y el desasosiego cuando fracasan los intentos de acople. La madre, ansiosa e hiperactiva no parece dar tiempo a que se sincronicen los ritmos. Ambos muestran por momentos reacciones de evitación mutua. Esto continúa hasta que un grito del bebé, equivalente a un “¡Basta ya!”, acompañado por una expresión en espejo de la madre, pone fin transitoriamente a la situación y conduce a una distensión mayor y a permitir una mamada más exitosa.

¿Qué sugiere este video?

- Los afectos, como en este caso el displacer y el disgusto expresado en el grito parecen cumplir una función esencial de comunicación.
- El niño puede ser requerido muy tempranamente a ejercer cierto control sobre un ambiente no empático. De persistir, una situación de este tipo puede obstaculizar el desarrollo de un self cohesivo (Kohut) o verdadero (Winnicott) o generar situaciones de indefensión adquirida (Seligman). El estudio de videograbaciones de la alimentación en el segundo semestre tiende a confirmar los efectos negativos de la falta de reconocimiento a las iniciativas y autonomía del niño (Hoffmann, 1994)
- Los afectos correspondientes a los “estados pico” como el grito, parecen tener efectos diferentes a los de los estados de base como los que presenta el 2º vídeo. Mientras estos permitirían una actividad cognitiva discriminadora, los picos afectivos favorecerían la internalización de experiencias con objetos totalmente buenos o totalmente malos, con el cual sería difícil la discriminación (Kernberg, 1991)

Este último punto permite retomar los problemas desde la perspectiva psicoanalítica señalada más arriba.

Para la actual teoría de las relaciones objetales la integración de los impulsos agresivos y libidinales es esencial para la adquisición de la identidad. **Kernberg (1980) define la formación de la identidad como el proceso intrapsíquico de integración de las representaciones del self investidas libidinalmente y agresivamente en un self cohesivo, proceso que ocurre paralelamente a la integración de las representaciones del objeto investidas en forma libidinal y agresiva.** Para Kernberg la identidad del yo es el resultado de este proceso de integración intrapsíquica.

Para Bion una madre continente es la que permite transformar experiencias displacenteras no metabolizables en elementos capaces de ser pensados (elementos alfa).

Para completar el panorama y seguir adelante con nuestro recorrido es también necesario atender a los autores franceses que han puesto el énfasis en los procesos relacionados con la ausencia, los procesos de desinversión, la simbolización y las discontinuidades y a posterioris de la historia. Volveré sobre esto al considerar el punto siguiente.

2. LAS REPRESENTACIONES MATERNAS ACERCA DEL NIÑO

Observemos ahora un fragmento de lo que dice la madre en este tercer video:

–“Yo sé, yo sé que te frustró...”

–“Mamá necesita una almohada”.

–“Pon tu lengua abajo...vamos...” (*intenta dirigir la cabeza del niño*).

–“Aaahh...” (*Grito del niño*).

–“Aaahh...” (*Expresión de la madre*), (*la madre se distiende; el niño succiona*)

–“Cuando te pones furioso... cuando te pones furioso, ¡Tú sabes lo que tienes que hacer!...”

–“¿Está mucho mejor, no? Fue difícil someterte –eres un buen niño...sí”.

La madre reconoce que el grito del niño ha hecho cambiar la situación y da su interpretación: “cuando te pones furioso, sabes lo que tienes que hacer”, pero en seguida aparece la interpretación opuesta: “Fue difícil someterte”.

¿Qué significan este tipo de interpretaciones maternas? En las últimas dos décadas se han desarrollado numerosas investigaciones sobre este tipo de fenómenos.

- La madre ejerce inevitablemente una **violencia primaria** sobre al niño, pues su interpretación lo convierte en su “sombra hablada” (Piera Aulagnier).
- Es preciso distinguir el **bebé real** del **imaginario** (preconciente) y del **fantasmático** (inconsciente) (S. Lebovici).
- El bebé es objeto de la proyección o “transferencia” de los objetos internos de los padres que de esa manera convocan los **fantasmas familiares en la nursery** (Selma Fraiberg).
- Las **pautas de apego** y los modelos operativos internos (workings models) o escenarios representativos que las caracterizan son objetos de **transmisión transgeneracional** (Bowlby, M. Ainsworth, Ch. Zeanah y otros).
- El mundo interno parental se “**materializa**” en el niño que adquiere así las características de un objeto interno, una estructura psíquica o una extensión del psiquismo de los padres (Escuela de Ginebra: B. Cramer, F. Palacio Espasa, J. Manzano).
- Todo mensaje de los padres puede constituir un “**significante enigmático**”, pues incluye un resto inconsciente capaz de ejercer un poder de seducción sexual en el niño: el ponerse furioso o someterse, pueden no sólo convocar la imagen de antepasados sino también ser vividos como la invitación a tomar parte en una escena sadomasoquista.
- Por último, es preciso tomar en cuenta el **contexto sociocultural**: diferentes sociedades pueden entender de diferente manera la relación entre ponerse furioso y conseguir lo que se quiere.

Estas distintas capas fantasmáticas no son ciertamente algo a eliminar: el niño debe atravesarlas para que su sentido de filiación adquiriera densidad y espesor humano.

Tomadas en conjunto, estas investigaciones de la últimas dos décadas han puesto en evidencia el peso de las representaciones parentales que tienden a ser proyectadas en el niño, obturando el reconocimiento de lo propio y singular de su identidad.

Ya Helen Deutsch había señalado que la madre debe pasar de un investimento predominantemente narcisista del hijo –al que vive como parte de sí misma (o de sus objetos internos)– a una investidura objetal que permita reconocerlo como un otro diferente.

Más arriba nos interrogamos sobre los estadios iniciales del self del niño. **Podemos ahora dirigir la pregunta hacia la madre y preguntarnos si en su relación con el niño ella supone en el un yo inicial, un estado de simbiosis o si se dan fenómenos más complejos.**

Para contestar a esto voy a referir algunos datos que hemos recogido en 49 madres de una población hospitalaria no seleccionada. Las madres tenían entre 15 y 39 años con una media de 23 años. Treinta y siete eran multíparas y doce primíparas. El nivel socioeconómico era bajo o medio-bajo y en 11 casos carecían de compañero en el hogar. La edad media de los niños era de 4 meses, (entre 2 y 9 meses).

I. ¿Son los niños inicialmente representados como capaces de tomar iniciativas y dar comienzo a la interacción? ¿Cómo se prepara la madre para lo imprevisto y espontáneo del niño?

Encontramos que la mayoría de las madres recordó haber tenido, durante la época del embarazo, algún tipo de representación del niño; la ausencia de recuerdos se asoció con problemas severos de apego.

Más de la mitad recuerda haberse representado al niño como un tercero diferente de ellas mismas, en escenas que

podían implicar interacción o no con esta persona (p. ej. en el primer video, cuando la madre dice: este niño que me regaló el Señor). En general este tercero solía ser el padre pero también fueron mencionados hermanos, abuelos, o personas allegadas.

Los entrevistadores evaluaron si algún tipo de los recuerdos evocados incluían escenas de interacción en las que el niño fuera participante activo. Esto se dio en la mitad de las madres, pero sólo una cuarta parte atribuyeron al niño algún tipo de iniciativa.

Vemos que existe una disminución progresiva en los porcentajes a medida que las representaciones implican una mayor actividad, autonomía o independencia del niño frente a la madre.

Por lo general las representaciones que implican autonomía parecen surgir a consecuencia de actividades del niño que las imponen (por ej.: movimientos fetales, autorregulación de la succión, de la defecación, etc.) y son primeramente reconocidas y respondidas a nivel de la interacción corporal antes que a nivel representacional. Es como si el niño con sus acciones desarrollara progresivamente ese espacio en la psique materna. Al principio pueden tener una connotación displacentera, como si perturbaran la fantasía de unidad narcisista e incluso si son precoces e intensas pueden indicar dificultades de apego.

El testimonio de embarazadas capaces de una actitud de autoobservación e incluso de autoanálisis confirma estos datos. Dice una embarazada: "A los dos meses y medio, me descubro sintiendo a mi embarazo como algo que me concierne solo a mí, y me molesta pensar en el bebé como otra persona: me doy cuenta que lo pienso como estático y como una posesión sólo mía".

Estos testimonios muestran otro fenómeno de la mayor importancia: durante el embarazo las representaciones del hijo

constituyen una especie de caleidoscopio de múltiples y mutantes posibilidades, en el cual alternan y coexisten representaciones distintas, complementarias algunas, antagónicas otras, que van y vienen como una marea representacional. En este caso, lo incontrolable y potencialmente atemorizante de la realidad pone un segundo límite a la fantasía omnipotente de la madre de anticipar a su bebé y refuerza la apertura a las características inciertas del niño.

Esta “**marea representacional**” requiere un buen funcionamiento del preconsciente de la madre, en el sentido de las funciones señaladas por Pierre Marty (1990): espesor, fluidez y permanencia de las representaciones de diferente cualidad fantasmática, a las que la situación del embarazo moviliza de un modo particular.

II. ¿La madre vive como simbiótica su relación con el hijo?

Interrogadas acerca de la transmisión de afectos de la madre al niño la casi totalidad de las entrevistadas cree que el niño percibe sus estados afectivos desde los primeros meses del embarazo. La mitad de ellas piensa que la madre trasmite al feto lo que ella está sintiendo en forma idéntica (es decir, que el niño siente exactamente lo mismo que ella, p. ej., angustia, tristeza, etc.) y sólo una cuarta parte opina que el niño al percibir los sentimientos de la madre reacciona “a su modo”, es decir, en forma propia, lo que implica por lo tanto algún tipo de interacción afectiva. Un sexto no pudo definirse por ninguna de las dos modalidades y sostuvo que se daban ambas. Sólo tres madres negaron todo tipo de transmisión de afectos con el feto, tratándose de madres que mostraban dificultades de apego o estados de angustia importante.

Luego de nacido el bebé la idea de que continúa la transmisión idéntica de los afectos se encontró solamente en la cuarta parte mientras aumentó la creencia en la forma interac-

tiva. Un quinto sostuvo que luego del nacimiento ya no existía transmisión de afectos.

Estos resultados sugieren la casi universalidad de la convicción de una situación simbiótica o fusional con mecanismos de transmisión de tipo contagio o especulares. Tras el parto, si bien se mantiene la creencia en la transmisión afectiva, pasa a predominar un mecanismo que implica mayor diferenciación entre los sentimientos del niño y los de la madre.

Madres y psicoanalistas parecen creer en la existencia a niveles originarios o regresivos en fenómenos de naturaleza regresiva o fusional, al mismo tiempo, como dije antes, actúan de manera tal que suponen un otro diferenciado al que hay que “engancha” para la interacción. probablemente ambas cosas sean verdad en una forma que revela una de las complejidades de la mente humana.

III. ¿Cuándo y cómo el niño comienza a diferenciarse?

Al cuestionar sobre la edad en la que, para la madre, el niño puede expresar determinado o determinadas necesidades, deseos y estados afectivos, obtenemos una gran dispersión en las respuestas.

Para el hambre, el sueño y los sentimientos de alegría, algo más de la mitad de las madres opina que el niño puede expresarlos en los primeros dos meses de vida, pero el 40% restante da respuestas muy dispares, llegando una de cada 10 madres a colocarlos después del primer año de vida.

La expresión de afectos como la tristeza, el enojo, o el reclamo de “mimos” (es decir, expresiones de ternura) por parte del niño son reconocidos más tardíamente que los anteriores, aumentando el número de madres que los ubica entre los 3 y los 5 meses. Un quinto de las madres no logra dar una edad de comienzo para la expresión de tristeza.

Las madres califican como “mañas” un fenómeno especial, que caracteriza de parte del niño una búsqueda activa e intencional de ciertas satisfacciones, (por ej., ser alzado en brazos), ejerciendo un manejo o coerción sobre la madre, generalmente a través de un llanto con características de queja o protesta. Las “mañas” tienden a ser reconocidas más tempranamente que los “mimos”, con un perfil similar al del hambre o el sueño, pese a que son interpretadas como un comportamiento que implica mucha mayor complejidad.

Resulta interesante señalar que interrogadas respecto a cuando un niño comienza a querer cosas distintas a las de la madre sólo una de cada siete lo refirió a los primeros dos meses mientras una de cada tres entendió la pregunta de un modo tal que su respuesta fue después de los seis años.

De estos datos se desprende que en la madre coexisten diferentes representaciones que pueden implicar cierto grado de contradicción lógica o incompatibilidad entre sí, sin que exista conciencia o interés por esta contradicción. Por ej., en relación con los afectos, como hemos visto, muchas madres afirmaron que percibían que podían transmitir al niño sus estados emocionales, por ej., angustia o tristeza, desde el embarazo. Sin embargo esas mismas madres afirmaban que este estado sólo podía verse en niños mayores de un año. Del mismo modo a la vez que afirmaban que el niño empieza a querer cosas distintas después del año, sostenían que el niño tiene “mañas” o reclama “mimos” muy tempranamente, atribuyéndole así una voluntad propia en eventual conflicto con la voluntad de la madre.

Cuando estas contradicciones fueron señaladas por el entrevistador las madres se mostraron sorprendidas y confundidas por la pregunta. En uno de los casos, mientras el padre, presente en ese momento de la entrevista, detectaba la contradicción, la madre no lograba comprender claramente el problema que se le planteaba. Del mismo modo la diferenciación

entre una transmisión de afectos idéntica o interactiva parecía no tener mayor sentido para ella.

Esto puede deberse a que éstas preguntas colocan a nivel verbal fenómenos que la madre vive primariamente a nivel de la interacción corporal. Pero también sugieren que la madre dispusiera de diferentes modelos simultáneos para la construcción de la representación mental del self del niño.

Es posible señalar tres de estos esquemas o modelos:

1. En un primer grupo de representaciones el bebé carece de manifestaciones subjetivas. Al inicio para un tercio de las madres el niño no podría expresar ni siquiera hambre o sueño. A esto corresponden imágenes durante el embarazo en las que el niño aparece desprovisto de toda iniciativa o actividad propia. La madre de éste bebé cumple una pura función de “portavoz”, para usar la expresión de Piera Aulagnier.
2. Otro conjunto de representaciones muestra al bebé con una subjetividad constituida a imagen y semejanza de la de la madre. Desde la etapa fetal se le asigna un self subjetivo, pero éste sólo es admitido cuando el niño refleja los afectos de la madre. Ha sido extensamente comentado por la literatura psicoanalítica, desde Winnicott a Lacan, el papel de espejo que juega el rostro de la madre para el niño. La prevalencia de la idea de una transmisión de afectos idéntica durante el embarazo sugiere que existe una etapa previa en la que el niño actúa como espejo de las emociones de la madre. Esta situación no es totalmente ajena a las transferencias especulares descritas por Kohut. En el caso específico de la relación madre-feto podría considerarse como un precursor de la empatía en un momento en que ésta no puede aún emplearse con el feto. Permitiría, aún a costa de una negación de la alteridad, un ejercicio anticipado de los mecanismos de identificación que podría

actuar a modo de soporte de los procesos ulteriores. Se trata de un tipo peculiar de identificación transitoria que serviría para facilitar el pasaje entre la investidura del niño con libido predominantemente narcisista (es decir, como parte de la madre) durante el embarazo a su investidura con libido objetal, preparando los procesos de diferenciación.

3. Un tercer grupo de representaciones muestra al niño con una subjetividad propia, como copartícipe a pleno derecho en situaciones de interacción y con manifestaciones de iniciativa y autonomía y que puede ser visto como interlocutor de la madre. Escasa durante el embarazo, aparece claramente en el fenómeno de los “mimos” y en especial en el de las “mañas”. El predominio precoz de este último tipo de representaciones, que a menudo bordea cierto grado de hostilidad o enfrentamiento, puede ser índice de cierta dificultad de apego de parte de la madre. A la inversa, su ausencia o rechazo es posible que anticipe dificultades para el crecimiento autónomo del niño. Los distintos datos sugieren, todos ellos, que la posibilidad de alternancia entre distintos modelos facilita a la madre la relación de la madre con lo nuevo y desconocido del niño. Cada madre daría su sello peculiar a la forma en que combina estos diferentes esquemas para dar apoyo al proceso de desarrollo de su hijo.
4. El psicoanálisis actual ha jerarquizado (Wallerstein) no sólo la multiplicidad de modelos teóricos actuales sino también el proceso de teorización del analista, el cual presenta ciertas características del proceso primario. Entre estas características se encuentra la utilización de una lógica paraconsciente (E. Caorsi) que acepta cierto tipo de contradicciones que serían imposibles de admitir en la lógica clásica. Permitirían una mayor flexibilidad ante el mundo emocional, evitando las rigideces del falso self. La multiplicidad de representaciones conlleva

cierto caos, pero la relación entre el caos y la capacidad creadora es un tema de nuestro tiempo.

3. RESIGNIFICACION QUE EL SUJETO HACE DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS EN SU HISTORIA

Por último es necesario decir unas palabras acerca de la forma de concebir la relación entre los fenómenos de los orígenes y el desarrollo posterior. No sólo importa las experiencias que el niño vive, sino lo que hace con ellas.

De hecho es posible señalar al menos tres formas de entender esta relación temporal.

1. En la primera de ellas un hecho psíquico es capaz de permanecer inalterado a través del tiempo, produciendo sus efectos a distancia.
2. Un segundo modelo es el del “nachträglich” o “a posteriori” freudiano: un episodio de la temprana infancia pasa a producir efectos cuando el desarrollo psicosexual ulterior permite que adquiera nuevo significado y nueva eficacia psíquica.
3. En tercer lugar tenemos la experiencia del “Zurückphantasieren” o “fantaseo retrospectivo” que hace que sucesos posteriores sean atribuidos al período de la infancia.

Estos distintos modelos de relación temporal entre el antes y el después han llevado a una polémica acerca de hasta dónde descubrimos o creamos el pasado que intentamos reconstruir desde el adulto. Para la posición hermenéutica (Schafer, Spence, Viderman) no tenemos hechos sino relatos, mientras la posición clásica defiende la posibilidad de reconstruir los traumas infantiles a partir de su tendencia a reactualizarse.

Creo que esta polémica no es soluble mientras se mantenga en términos generales. Es necesario en cambio reconocer que encierra distintos tipos de problemas.

En un extremo encontramos situaciones en las que el trauma actúa en forma acumulativa y persistente y sus efectos parecen producirse en forma lineal. Como ejemplo podemos referir los efectos de las situaciones sociales de marginación sobre la identidad de los niños que la padecen. En el caso de la pobreza, que es la que he estudiado, pero no es el único ejemplo, podemos ver efectos que se agravan con el tiempo y que afectan diversos aspectos de la personalidad. Si tomamos el retraso psicomotor en la edad preescolar –que preludia la marginación escolar– vemos que se asocia en forma directa con una serie de características de las circunstancias del ambiente y de la persona de los padres.

A continuación podemos ver que más que los indicadores de nivel de pobreza, importan factores dependientes de la calidad de los vínculos.

Las cifras de OR pueden considerarse como la proporción en la que aumenta la posibilidad de que ocurra el retraso en los niños expuestos al factor de riesgo en comparación a los no expuestos.

Esto no quiere decir que no existan individualmente niños resistentes, sino que existe una gran proporción de la población vulnerable a los agentes que se expresan a través de esos indicadores. En ellos, como en capas de cebolla, podemos señalar el contexto socioeconómico –y en especial el uso que se hace de él–, la dinámica familiar y la disponibilidad de los padres, afectada por sus propios conflictos. En el interior de estas capas y nutrido por ellos, el niño desarrolla su identidad.

Junto a estos datos que muestran la acción directa y acumulativa de los factores externos, debemos prestar ahora atención a los procesos de resubjetivación de la experiencia vida.

Louis Althusser, filósofo francés muerto en 1990 escribió su autobiografía –que pide sirva de documento de estudio– poco después de dar muerte a su mujer durante una crisis psi-

cótica en 1980 en un acto del que no guardó motivo ni memoria. En sus páginas nos habla del sufrimiento causado por sus trastornos de identidad: su sentimiento interior de vacío, de ser un impostor, de no existir verdaderamente, de su terrible ambivalencia con las mujeres, de sus ingresos psiquiátricos en los que los diagnósticos pasaron de la esquizofrenia a la depresión (por la influencia de un español ilustre que lo trató en su juventud, Julián de Ajuriaguerra) Destaca la imposibilidad de sentirse querido y reconocido por su madre, conflicto que remonta al horror que sentía por su propio nombre, Louis, que correspondía al de un hermano de su padre que había sido novio de su madre y que había muerto antes que su madre se casara con su padre. Nos centraremos en el significado que tomó este hecho.

Dice Althusser sobre el horror a su nombre, Louis: “Decía demasiado en mi lugar: oui (sí), y me sublevaba contra aquél “sí” al deseo de mi madre, no al mío. Y en especial, (...) me despojaba de toda personalidad propia y aludía a aquél hombre tras de mí. Luí (él), era Louis, mi tío, a quien mi madre amaba, no a mí”.

Podemos preguntarnos: ¿Hasta dónde la realidad tal como fue elaborada psíquicamente coincide con la realidad de los acontecimientos infantiles?

Sabemos hoy día los efectos de la depresión materna sobre el niño, afirmada tanto por los estudios clínicos como epidemiológicos, psicoanalíticos y experimentales.

¿Pero tenía el duelo de la madre de Althusser –incluso si lo admitimos como real– el significado hacia él que su hijo le atribuyó? ¿Hasta dónde está en la raíz de sus severos trastornos ulteriores? ¿Cuándo y cómo se realizó la conexión entre el suceso infantil y su significación adulta?

Desde el punto de vista clínico los interrogantes no pueden ser cerrados. De hecho no encontramos en la autobiografía los afectos de un verdadero duelo. La reconstrucción de su infancia puede haber sido influida no sólo por su psicoterapia sino

también por las teorías psicoanalíticas de autores como Lacan que pertenecían a su mismo círculo intelectual. No podemos saber en qué medida esa reconstrucción de su historia puede haber cumplido el papel de una prótesis supletoria frente a los aspectos no resueltos de su propia personalidad.

RESUMIENDO:

Podemos ver que la formación de la identidad se da en la interrelación con los diferentes niveles:

1. Con el equipamiento de lo corporal, que desde antes de nacer, marca predisposiciones temperamentales y después del nacimiento participa en la determinación de las pautas de interacción.
2. Con el mundo representacional de los padres, que anticipa su propia imagen subjetiva y genera una zona de potencial conflicto entre la prefiguración materna y el niño real a la vez que de transmisión inconsciente.
3. Con el mundo de las representaciones culturales y simbólicas que enmarcan el “contrato narcisista” (P. Aulagnier) entre el individuo y su sociedad.

Hoy día somos más conscientes de que la comprensión de estos fenómenos implica un triple desafío: Por un lado el niño debe lograr una integración entre los distintos componentes que cada vez más sabemos que será parcial, flexible y cambiante. Por su parte, los datos que hemos señalado, sugieren que las madres también buscan la imagen de su hijo entre múltiples y cambiantes representaciones. Por último, los clínicos e investigadores sabemos que por encima de las verdades de escuela la tarea que nos aguarda implica el poder movernos entre múltiples modelos conceptuales, cuya compatibilidad no siempre está asegurada. El desafío, pues, es el de lograr referencias suficientemente firmes como para poder lograr que esta multiplicidad sea factor de enriquecimiento y flexibilidad más que de caos e incoherencia.

BIBLIOGRAFIA

- AULAGNIER, P. (1975): "La violence de l'interpretation- du pictogramme à l'énoncé" Paris. P.U.F., 1975. [Trad. esp.: "La violencia de la interpretación del pictograma al enunciado". Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1977]
- BERNARDI, R. (1994): "Sobre el Determinismo Psíquico". En *Temporalidad, Determinación, Azar*. Ed. Paidós, Buenos Aires, PP.15-44.
- BERNARDI, R.; CERUTTI, A.; HERRERA, R.; ZAS, A.; ZYTNER, R. (1993): "La Representación del hijo en la mente de la madre". Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes y Profesiones Afines., Punta del Este 1993.
- BERNARDI, R.; CERUTTI, A.; CERUTTI, S.; ZAS, A.; ZYTNER, R. (1992): "Interaction: the mother's acknowledgement of the child as her interlocutor". Fifth World Congress of the WAIPAD- Chicago. 1992. (Interacción: el reconocimiento materno del niño como un interlocutor. Primeras Jornadas Nacionales de Interacción temprana. Tomo 1, Ed. Roca Viva, 1993).
- BERNARDI, R.; SCHWARTZMAN, L.; CANETTI, A.; TRENCHI, N.; ROSENBERG, S. (1992): "Adolescent Maternity: A risk factor in the poverty situation?". *Infant mental Health Journal* Vol. 13 (3): 211-218.
- BERNARDI, R.; TENENBAUM, H.; DEFEY, D. (1991): "El mundo representacional de la madre ante las acciones espontáneas del hijo". II Congreso Latinoamericano de WAIPAD, Buenos Aires.
- BERNARDI, R.; DIAZ, J.L.; SCHKOLNIK, F. (1980): "Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo". *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis* N.º 61 PP. 93-100
- BRAZELTON T. B. Y CRAMER, B. G. (1992): "As Primeiras Relacoes". Livraria Martins Fontes Editora, San Pablo.
- BRETHERTON, INGE: "New Perspectives on Attachment Relations: Security", *Communication and Internal Working Models*". In *Handbook of infant development*' (Ed) J. Osofsky (2nd ed. p.p.1061-1100) New York: John Wiley.
- CERUTTI, A.; CANETTI, A.; ROSENBERG, S.; ZUBILLAGA, B.; ROBA, O.; BERNARDI, R.; SCHWARTZMANN, L. (1993). "Desarrollo El Niño de 0 a 5 Años". Editorial Roca Viva, Montevideo.
- CRAMER, B. Y PALACIO ESPASA, F. (1993). "Técnicas Psicoterápicas Mae/Bebê: Estudo Clínicos e Técnicos". Editora Artes Médicas Sul Ltda, Porto Alegre.

- DEBRAY ROSINE: "Bebes e maes en revolta" Trad. de Leda M. Fischer
Porto Alegre Artes Médicas 1988
- DIAZ, J.L.; GUERRA, V.; STRAUCH, M.; RODRIGUEZ, C.; BERNARDI, R. (1991):
"La Madre y su Bebé: Primeras Interacciones". Editorial Roca Vi-
va, Montevideo.
- GREENSON, RALPH: "Empathy and its vicissitudes" Int. Journ. Psychoa-
nalysis, Vol XLI, 1960.
- LAMOUR, M; LEBOVICI, S: "Les interactions du nourrisson avec ses parte-
naires" Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Psychiatrie, 37190
B.60, 10 1989, 22p
- HOFFMANN, J.M. (1994) Le rôle de l'initiative dans le développement
émotionnel précoce". Organisation du deuxième semestre. Psy-
chiatry de l'enfant, XXXVII, 1, PP. 179-213.
- HORNSTEIN L.; AULAGNIER, P.; PELENTO, M.; GREEN, A.; ROTHER DE HORNS-
TEIN. M.; BIANCHI, H.; DAYAN, M.; BOSOER, E. (1994): "Cuerpo, His-
toria, Interpretación". Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.
- KERNBERG, O. (1979): "The contributions of Edith Jacobson: an over-
view". Journal of the American Psychoanalytic Association, V.
27, N.º 4, PP. 793-819
- KERNBERG, O. (1986): "Identification and its vicissitudes as observed in
psychosis". Int. J. Psycho- Anal. 67 PP. 147- 159
- KERNBERG, O. (1991): "Some Comments on early development. Beyond
the Symbiotic Orbit: Advances" in Separation Individuation Es-
says". In Honor of Selma Kramer, M.D. The Analytic Press, Hills-
dale, N.J. Pp. 103-120
- LAPLANCHE, J. (1987): "Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis: la
Seducción Originaria". Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- PIONTELLI, A. (1989): "A study of twins before and after birth". Int. J.
Psychoan., 16:411-426.
- SOULÉ MICHEL "O filho da cabeça; o filho imaginario" "A dinamica do
bebe" T. Brazelton y otros Ed. Artes Medicas 1987
- STERN. DANIEL: "El mundo interpersonal del infante" Ed. Paidós, 1991.

IDENTIDAD DE BASE Y SEPARACION*

Juan Manzano**

Quiero introducir aquí el concepto de “Identidad de base”, definiéndola utilizando el lenguaje de E. JACOBSON (3), como la posibilidad de diferenciar la representación de sí mismo de la representación del otro (objeto).

Prácticamente todos los autores psicoanalíticos están de acuerdo en que el niño al principio de su vida pasa por una fase en que no diferencia entre sí mismo y el objeto. Sea porque no es capaz (estado de narcisismo primario de FREUD, estado simbiótico de A. FREUD (1) y de M. MAHLER (5)) sea porque se defiende de la angustia que la percepción de la diferenciación presente creando fantasías y defensas para negarla. (Defensa maníaca de M. KLEIN (4) llevando a un estado de narcisismo secundario y simbiosis secundaria defensiva de ROSENFELD (7), pero también FREUD (2) con su concepto de “yo placer” primitivo).

¿Cómo llega el niño a salir de esa confusión (o a renunciar a ella)? Y ¿por qué razón lo hace?

*Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “La identidad y sus trastornos” tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

**Profesor de Psiquiatría Infantil. Director del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra.

La respuesta a esta pregunta está en dos grandes conceptos:

El primero es la noción de FREUD (2) del lento pasaje del funcionamiento según el principio del placer (creencia omnipotente en la realización automática e inmediata de los deseos) al principio de realidad (en que se tiene en cuenta los obstáculos de la realidad para obtener la satisfacción).

El segundo es la teoría del paso progresivo descrito por M. KLEIN (4) de la posición esquizoparanoide (mundo y sí mismo visto como dividido en bueno y malo) a la posición depresiva (aceptación de la realidad de la integración de lo bueno y lo malo en sí mismo y en los otros).

En mi opinión en esos dos conceptos está implícita la idea de que nacemos programados para percibir la realidad gracias a un dispositivo sensorial, y que este dispositivo se pone en marcha nos guste o no.

En el marco de esos conceptos de FREUD y M. KLEIN he aquí como yo considero que pasan las cosas en el desarrollo de la identidad de base.

Como los golondrinos que se resisten a abandonar el nido, sabemos por la observación que al niño le cuesta igualmente separarse de su madre. A la diferencia del golondrino (que nosotros sepamos) la criatura humana tiene a su disposición una arma para “evitar” la separación: se cuenta historias que se cree el mismo, son las fantasías. Se cuenta que lo puede todo (omnipotencia), que la realidad no existe y por consiguiente tampoco la separación, que su madre es él, que son la misma persona. Estas creencias imprimen carácter, es decir son estructurantes, dan origen a una organización psíquica. Es lo que FREUD (2) llamo funcionar con un “yo de placer”, que considera que todo lo bueno y satisfactorio es él y que todo lo malo, peligroso o insatisfactorio no es él y además no existe. Es esencialmente lo mismo que M. KLEIN denominará más tarde

posición esquizo-paranoide. Esas creencias fantásticas se llaman identificación introyectiva y proyectiva, negación, defensas maníacas, etc.

Una consecuencia indirecta de vivir en ese mundo fantástico es que además de no tener una identidad tampoco el niño puede reconocer sus propios deseos sexuales y agresivos, reconocimiento que le diferenciaría.

Esta historia que el niño se ha contado va a chocar con la realidad de la separación o más exactamente con la información que ineluctablemente le proporciona su aparato perceptivo y cognitivo. Como existe una tendencia "sintética" a funcionar como un todo, el yo no puede evitar sentir la presión a tener en cuenta esta información que una parte de él reconoce. Esta presión cognitiva y sintetizadora empuja pues al niño al peligro que quiere evitar contándose historias, y a reconocer que él no es su madre, que está separado de ella, y a experimentar los sentimientos penosos de miedo (angustia de separación) y tristeza desvalorización (sentimiento de la posición depresiva que yo he llamado el "duelo del desarrollo").

Cara a este conflicto del desarrollo cada niño se desenvuelve como puede, negando y disociando más o menos, trampeando más o menos, y el resultado es la constitución de una estructura de la personalidad específica que va a reflejar: cómo se ha defendido contra la angustia de separación y pérdida, qué fantasías se ha creído y sigue creyendo y en consecuencia qué precio ha pagado y paga en su sentimiento de identidad de base (diferencia de la representación de sí mismo de la representación de objeto). Además en la medida en que esta diferenciación ha sido realizada, toma en consideración sus deseos sexuales y agresivos y los conflictos y nuevos miedos que aparecen y ello le lleva a contarse nuevas historias para defenderse.

Así pues cada niño o cada adolescente que nos llega para una psicoterapia nos va a mostrar su propia estructura resulta-

do de cómo se ha desenvuelto en la relación con el objeto primitivo (madre, padre) y nos lo va a mostrar en la relación con nosotros, en la transferencia. En esta transferencia vamos a poder distinguir:

1. “El eje narcisista”, comprendido como la tendencia a vivir en la nueva relación terapéutica el estado de diferenciación al que ha llegado, o lo que es lo mismo al estado de negociación de la separación en que se encuentra.
2. “El eje conflictivo”. En la medida que se ha diferenciado, el niño va a repetir una relación con el terapeuta, al que se dirigen los deseos sexuales y agresivos y los conflictos que presentan (el conflicto edípico).

Estos dos ejes están, en mi opinión, presentes en una proporción variable en toda transferencia, aunque en algunos casos extremos (por ejemplo personalidad narcisista) el eje conflictivo este prácticamente ausente, y en otros (personalidad neuróticas) la inversa (MANZANO) (6).

Así pues en la relación transferencial los fenómenos ligados a la angustia de separación hacen parte integrante de todo proceso psicoterapéutico en el niño. El niño reacciona a las interrupciones de sesiones, los fines de semana, al fin de la análisis, etc.

En nuestra experiencia este punto de vista permite tomar en consideración la evolución del eje narcisista del niño y su capacidad para superar lo que hemos llamado: “el duelo del desarrollo” con defensas menos primitivas que la defensa maníaca y la identificación proyectiva. Podemos así describir la evolución de esas defensas en la relación transferencial y la disminución de sus consecuencias, a saber las dificultades de diferenciación “sujeto - objeto”, con la aparición de una verdadera identidad.

UN EJEMPLO CLINICO

José consulta a la edad de 11 años por deseo personal. Sus padres están en este momento en análisis. Es un niño que ha sido siempre solitario y aislado, con muy pocas relaciones y que pasa la mayor parte del tiempo dedicado a “pensar y reflexionar”. Es serio y preocupado y presenta importantes angustias de separación de sus padres, sobre todo cuando estos salen por la noche. Estas angustias las tiene desde hace tiempo, pero solo recientemente ha hablado de ellas con su madre. Por lo demás José es un chico inteligente que no tiene problemas escolares.

Su padre es francés y su madre española. Su familia presenta problemas psicológicos importantes: su padre tiene una personalidad depresiva con síntomas obsesivos; su hermano mayor está en tratamiento por una esquizofrenia infantil; su madre es distante y poca expresiva emocionalmente.

El antecedente más significativo es el hecho que José ha estado durante muchos años muy apegado a su madre y ya tuvo muchas dificultades de separación en el momento de empezar la escuela a los 5 años.

Aislamiento narcisista. ¿Qué Identidad?

Durante las sesiones, José tiene una actitud cerrada y hermética; cuando se refiere a mí, habla siempre en 3.^a persona (“el psicólogo”), pero muestra sin embargo algunos signos de ansiedad y duda en hablarme en francés o en español.

Rápidamente, me comunicará que tiene un “país imaginario”. Me cuenta con todo detalle, después de unos momentos de silencio, las características de ese “país imaginario” al que “le gusta mucho pensar”. Se trata de un país situado entre Francia y España y que se llama Yoyo, su capital: Neuyon “grande como Suiza”; tiene exactamente 198.000 habitantes (los Yoanos). Existen otras ciudades y me describe la situación

geográfica, el número de habitantes y las particularidades turísticas, comerciales e industriales de cada ciudad. Hará lo mismo con las líneas aéreas, la red de carreteras y el trazado de los trenes –con los colores y dimensiones de cada tren– las estaciones de esquí y de montaña, etc. Me dará siempre las diferentes medidas con precisión y detalle. Se trata de un país neutro; todo los coches son antiguos y, añade mirando mi pipa sobre la mesa del despacho, esta prohibido fumar en todo el país.

Este “país imaginario” constituye una estructura narcisista, un “objeto manufacturado” (COHEN) construido por él mismo y que durante mucho tiempo va a ser central en el contenido de sus asociaciones en la terapia. Lo va a dibujar frecuentemente a diferentes escalas constituyendo planos minuciosos que va a desarrollar desde puntos de vista diferentes con ampliaciones variadas.

Ciertas características de ésta construcción imaginaria me fueron inmediatamente evidentes. El nombre del país –Yoyo– 2 veces “Yo” en español, pero no en francés, lo situaba inmediatamente como una representación de su identidad y de su mundo interno, sobre todo si tenemos en cuenta su localización entre España y Francia, (ya he señalado que su padre es francés y su madre es española). Esto va a ser retomado en la transferencia conmigo “español” hablando francés. El nombre de la capital –Neuyon– puede ser comprendido como “Nuevo Yo” (Neu = nuevo en alemán).

La defensa maníaca contra la separación

A pesar de su riqueza y de sus complejidad no era por consiguiente muy difícil de descubrir el significado de la mayoría de los elementos de ese “mundo imaginario” y de su función defensiva. Yo la comprendí como una construcción maníaca: gracias a la acción de una fantasía omnipotente podía controlar y manipular sus objetos para negar la realidad autó-

noma de éstos, evitando así la angustia de separación y el sentimiento depresivo de pérdida. Gracias a la identificación y al investimento narcisista de ese “mundo imaginario” estaba protegido contra la pérdida de esos objetos externos. Como resultado de esta manipulación omnipotente fijaba igualmente la pareja de los padres sexuados y controlaba la escena primitiva; los padres paralizados en sus representaciones geográficas estaban colocados en “animación suspendida”, utilizando la expresión de WINNICOTT (1935). El conflicto edípico era así encapsulado y evitado. La consecuencia de todo esto era el alejamiento de la realidad externa y el aislamiento de su mundo narcisista con su correspondiente trastorno de identidad.

Los cambios (gracias al setting y a la interpretación)

En el transcurso de la terapia los cambios que aparecen en esa fantasía del “país imaginario” son indicadores de la disminución de la intensidad de la defensa maníaca. Pudo progresivamente disminuir su negación y estar más en contacto con sus sentimientos de angustia y pérdida.

Pero la pérdida de la fantasía de control omnipotente le hizo vivir progresivamente las personas (objetos externos) como imprevisibles y autónomas.

Los objetos sexuados y agresivos, el conflicto.

La identidad sexual

Durante largos períodos una ansiedad importante ha marcado esta evolución. Paralelamente las figuras humanas aparecieron en sus dibujos cosa que antes era totalmente inexistente; su “país imaginario” era antes completamente “desvitalizado”. Ahora su “mundo imaginario” se pone en movimiento. Sus asociaciones evolucionan ahora en un mundo lleno de combates, asesinatos y de crueldad. Durante muchas sesiones va a contarme su versión de la historia de Francia,

España y de Europa. Versión desgraciadamente correspondiente, la mayoría del tiempo, a la estricta realidad. Es una sucesión de batallas, asesinatos de reyes, de nacimientos dramáticos; entre otros Cesar asesinado por su propio hijo o un terrible jefe “Normando” (región natal de su padre) que obligó a los invasores musulmanes a comerse los unos a los otros; el general Franco; Atila; Marco Antonio y su “hermana” Cleopatra (como dirá en un lapsus), etc. El carácter maniaco todavía aún presente se manifestaba en su excitación, su discurso acelerado y el hecho de que me hablaba “magistralmente” como si yo no supiera nada de estos acontecimientos históricos.

Paralelamente aparecen miedos persecutorios y temores homosexuales directamente transferenciales. Por ejemplo, en una sesión antes de unas vacaciones, llega muy inquieto y me cuenta un episodio que acaba de sucederle. Un hombre que había encontrado en la estación le ha hecho visitar las instalaciones ferroviarias cosa que a él le interesa mucho; pero después ha querido llevarle a los aseos que los vio como “sinistros y sucios”. Se rehusó y se escapó corriendo. En sus asociaciones, muy excitado y ansioso me dice que tiene mucha sed y me pide si hay algo de beber. Esto me permite interpretar que quiere que lo lleve a los aseos (sabe que en mi consulta los lavabos se encuentran en la misma pieza que el servicio). Con la ayuda de otras asociaciones puedo restituírle la posesión de sus deseos hacia mí, entre ellos, que yo le lleve conmigo en mis vacaciones.

En otra ocasión –y también la víspera de un largo fin de semana– me declara, con signos de gran desconfianza y hostilidad retenida su convicción de que lo estoy filmando con una cámara vídeo oculta y hábilmente disimulada. Está tan convencido, que consigue inquietarme. Frente a esta idea “delirante”, no puedo evitar pensar en su hermano esquizofrénico. En un momento de pánico pienso que una ruptura con la realidad es posible. Era la realidad de la separación inminente conmigo que me pareció finalmente el elemento determinante.

Con la ayuda de un relato sobre un vídeo que su padre había hecho durante las vacaciones en España cuando él era pequeño, le pude señalar de nuevo su deseo de que yo le guardara conmigo gracias a la grabación en vídeo; así, él estaría como en el interior de mí durante las vacaciones y no se sentiría solo. Pude igualmente abordar otros aspectos de la separación en particular su reacción cuando se siente abandonado.

Predominancia de la identificación proyectiva sobre la identificación introyectiva

Así pude interpretar las identificaciones proyectivas que reemplazaban cada vez más las identificaciones introyectivas de la defensa maníaca y de su aislamiento narcisista. Pude progresivamente indicarle los aspectos de él mismo que metía en mí, por ejemplo la agresión o la seducción controlada. Poco a poco su “mundo imaginario” se ensanchaba y entraba cada vez más en contacto con la realidad externa. Aparecieron sublimaciones, el “país imaginario” fue progresivamente perdiendo su interés para él, y fue reemplazado en las sesiones por proyectos de ser ingeniero y construir puentes, aviones y otros medios de transporte. Imágenes que le permitían separarse y volver a encontrarse, y contrarrestar así los sentimientos de soledad, sin negar la realidad de la separación.

En estos ejemplos se puede igualmente apreciar de una manera evidente los aspectos de la “transferencia conflictiva”, edipo negativo y positivo, de los cuales no puedo hablar aquí, y que coexiste con el “eje transferencial narcisista”. La aparición más directa de la angustia de castración pudo igualmente ser interpretada.

El final de la terapia

La terapia de José ha durado 4 años y se terminó con resultados que pude considerar satisfactorios. El niño, ahora

adolescente, se muestra más seguro de sí mismo, más vivo y más sensible a sus emociones, en contacto con sus sentimientos depresivos y sus preocupaciones reales, tal como la situación de su hermano gravemente enfermo y de su familia. En mi opinión podía hacer más la diferencia entre su mundo interno y el mundo externo y por consiguiente tener una identidad propia y extender sus relaciones sociales incluyendo las chicas.

Cinco años más tarde, a la edad de 20 años, José vino espontáneamente a visitarme y pude confirmar mi impresión positiva sobre su evolución.

CONCLUSION

A partir esencialmente de nociones de FREUD y Mélanie KLEIN he tratado de exponer el concepto que he llamado "Duelo del desarrollo". La manera como el niño utiliza sus fantasías defensivas narcisistas (las historias que se cuenta y que se cree) para negar la angustia de separación y pérdida, y el precio que paga, la pérdida de su identidad, no diferenciando la representación de sí mismo y de la persona externa.

La manera particular con que cada niño ha vivido este duelo y estas separaciones condiciona la estructura de su personalidad. Esta se manifiesta en la psicoterapia en lo que he llamado "el eje narcisista" de la relación transferencial. De la evolución en la terapia de esta relación narcisista va a depender el sentimiento de identidad del niño.

BIBLIOGRAFIA

(1) FREUD A.(1968): "Le normal et la pathologique chez l'enfant". NRF Paris.

(2) FREUD S. (1911): "Los dos principios del funcionamiento mental"; (1914) "Pulsión y destino de la pulsión"; Obras completas - B. Nueva Madrid. (1938): "Splitting of the Ego in the Process of Defence" Standard Edition 23, London: Hogarth Press, 1964.

(3) JACOBSON (1964): "The self and the object world" I. U. P. New York.

(4) KLEIN M.(1932): "El psicoanálisis de niños". Trad. española - Obras completas - Paidós.

(5) MAHLER M. (1973) "Symbiose humaine et individualisation", Payot, Paris.

(6) MANZANO J. (1991): "Transfert narcissique, transfert névrotique et structuration psychique. Revue française de psychanalyse 1, 137-141.

(7) ROSENFELD H. (1965): "On the Psychopathology of Narcissism". In: Rosenfeld Psychotic States, London Hogarth Press

LAS IDENTIFICACIONES EN EL NIÑO*

M. Utrilla Robles**

INTRODUCCION

Las interesantes conferencias que hemos escuchado plantean una gran cantidad de problemas tanto teóricos como prácticos y que nos obligan a interrogarnos sobre las diferentes clases de terapias, la utilización del adjetivo psicoanalítico y en suma, la especificidad del psicoanálisis.

Una de las cuestiones que han sustentado nuestras intervenciones es la de las posibles diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia (tema que ya ha derramado mucha tinta y sobre el que volvemos constantemente). No sería de extrañar que al abordar la temática de este Congreso, las cuestiones sobre la identidad analítica se hagan patentes.

Por eso, mi propósito sería el de llegar, después de evocar algunas teorizaciones sobre las identificaciones, a conceptualizar algunos aspectos que definen el psicoanálisis en general y más particularmente el psicoanálisis de niños.

Iniciaré las reflexiones intentando abordar la situación en la que todo psicoanalista se encuentra trabajando en lo que po-

* Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

** Directora del Instituto de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica de Madrid.

dríamos llamar, psicoanálisis aplicado; es decir, practicando psicoterapias variadas (breves, de apoyo, psicodrama, psicoterapias grupales, de familias, de pareja, observación de bebés, interacciones madre-hijos, etc.).

Esta gran variedad de prácticas que pueden ir desde las entrevistas más insólitas (demandas hechas por terceros, ya sean personas o instituciones) hasta la preparación de una psicoterapia, la indicación precisa de cualquier variedad psicoterapéutica, etc., exige una capacidad conceptual que a la vez sea amplia y por este mismo hecho se hace más rigurosa, para diferenciar (y al mismo tiempo respetar) otras conceptualizaciones y prácticas no psicoanalíticas (bioenergética, gestalt, sistémica, conductista, etc.) y para no confundirse con ellas. La confusión sólo podría acarrear la indiferenciación y la pérdida de la identidad conceptual. Creo que esta distinción, aunque sea difícil de hacer, es necesaria, porque toda práctica (y razón de más cuando se trata de los sentimientos y las vivencias humanas) exige una actitud de investigación para no transformar la relación (llamada terapéutica) en un acto de sumisión, sugestión o dominio; riesgos muy sutiles por la diferencia que existe entre una persona que sabe y otra que se supone no sabe (ya que pide una terapia).

La situación del terapeuta (investido de una cierta autoridad) puede precipitarle en una cierta confusión, que se nos clarifica cuando diferenciamos los tres puntos de vista de cualquier observación:

1. Observación llamada naturista: el observador centra su observación en el objeto observado sin intentar interferirlo y menos modificarlo. El ejemplo clásico es el de los etólogos.
2. Observación fenomenológica: el observador se interesa por el fenómeno sabiendo que sus conclusiones pueden ser el resultado de sus interferencias.

3. Observación psicoanalítica: el observador centra su investigación en los fenómenos relacionales que ocurren entre su paciente y él mismo; así, no solamente interfiere en el fenómeno, sino que intenta modificarlo (por las interpretaciones llamadas psicoanalíticas). Por estas y otras razones, uno de los puntos esenciales del psicoanálisis es la transferencia - contratransferencia que permite elaborar los procesos psíquicos.

De todo lo anterior, podemos deducir que para practicar tanto el psicoanálisis como las terapias psicoanalíticas, es necesario haber adquirido una suficiente identidad analítica: Estamos en el tema central de este Congreso.

LA NOCION DE IDENTIDAD

La noción de identidad, como se ha venido diciendo, tiene un aspecto polisémico ya que connota a la vez lo idéntico y lo diferente. Pero también tiene referencia en la teoría psicoanalítica a las nociones de self, de sentimiento de continuidad, de narcisismo, de individuación, de unificación de las huellas mnémicas (tal y como R. Diatkine define el sentimiento de identidad), de constitución de la personalidad, y en suma, de funcionamiento mental. Como se decía en un Congreso: cuando se tira de un concepto, aparece toda la teoría psicoanalítica.

Lo que nos caracteriza y nos individualiza es la resultante de una serie de procesos psíquicos que organizan y definen nuestra neurosis particular. Esta neurosis –del común de los mortales– puede teorizarse desde una perspectiva metapsicológica a diferencia de las teorizaciones que podemos hacer de la relación analítica.

Por eso, sobre todo en psicoanálisis infantil, tenemos que distinguir la diferencia que existe entre teorización, psicoanálisis aplicado y psicoanálisis practicado, llamado también situación analítica.

Si desde la teorización o incluso la aplicación de teorías analíticas a otras situaciones, las dificultades conceptuales no parecen muy grandes (en realidad con un conjunto de teorías podríamos comprender cualquier fenómeno), en la práctica cotidiana la complejidad es sin límites.

Para diferenciar estas situaciones creo que S. Levobici, ha hablado de las tres clases de neurosis: la neurosis infantil (la neurosis teórica desarrollada en la metapsicología), la neurosis del niño (la neurosis particular de cada uno, dependiente de su propia historia y sus características psíquicas) y la neurosis de transferencia (esa neurosis, también particular, creada en la situación analítica).

Entre los procesos psíquicos que van a organizar nuestra neurosis particular tenemos que destacar el de las identificaciones; no solamente por su proximidad semántica con la identidad, sino porque constituyen una de sus bases esenciales.

Como el concepto de identificación creo que es uno de los que menos se prestan a confusiones en las teorías analíticas, en estas reflexiones me centraré más específicamente en la utilización que en la relación analítica con niños (neurosis de transferencia) podemos hacer de los múltiples procesos de identificación y sus posibles interpretaciones, no solamente en la escucha analítica, sino también en el momento de formular una intervención que llamamos interpretativa. Más aún, ya que la interpretación es lo que más identifica al psicoanalista y da “señas de identidad” (para retomar el título de la novela de J. Goytisolo) al proceso interpretado.

Sin embargo, en la práctica corriente con niños, el psicoanalista que trabaja en una consulta, que hace psicoterapias (ya sean breves o de otras denominaciones), intervenciones terapéuticas o psicodrama, tiene que tener muy claro en qué situación está utilizando sus conocimientos; ya que no es lo mismo hacer una interpretación de psicoanálisis aplicado o de

relación psicoanalítica (neurosis de transferencia). Este punto de vista no es unánime entre los psicoanalistas, sobre todo para los que defienden que las mismas interpretaciones pueden ser útiles en cualquier situación.

Si se puede organizar una neurosis de transferencia, es porque el psiquismo del niño es capaz de dar un sentido particular a las palabras del analista (como dice R. Diatkine). Este es un punto de una gran importancia, ya que creer que cualquier niño y en cualquier situación es capaz de comprender y procesar lo que se le dice, sería anular que existan capacidades psíquicas diferenciales. Sería como pensar que cualquier palabra emitida en cualquier situación, puede ser integrada por cualquier persona. Este hecho desvitalizaría la identidad analítica, como podemos suponer.

Hablar de psicoanálisis infantil específicamente sobreentiende que se deben precisar las indicaciones y las posibilidades evolutivas: aspecto heurístico de la práctica psicoanalítica.

El psicoanálisis infantil también tiene su identidad (que le diferencia de otras prácticas psicoterapéuticas), por eso, a partir de algunas consideraciones generales, intentaré especificar lo que me parece más característico en el psicoanálisis infantil.

IDENTIFICACIONES

Si la noción de identificación parece fácilmente asequible por su casi visualización (parecerse a alguien), en la teoría psicoanalítica se presenta, metafóricamente hablando, como un árbol con múltiples ramificaciones. Identificaciones primarias, secundarias, o identificaciones con todo su arsenal de adjetivos como imágenes caleidoscópicas: identificación oral canibalística, identificación histórica, identificación adhesiva, identificación al agresor, identificación narcisista, etc.

El mismo Freud dio versiones diferentes del proceso, no solamente para indicar sus características precoces, sino también evolutivas. Pero, sobre todo, para incidir en los procesos de cambio psíquico que implican. Es natural, pues, que al hablar de cambio, no se dé una definición estática e inamovible. Como dice R. Diatkine, todo cambio psíquico implica una identificación.

Clásicamente (y no me extenderé demasiado en este tema) se viene hablando de los tres periodos en Freud 1917 (Duelo y melancolía), 1921 (Psicología de las masas) y 1923 (El yo y el ello). Otros autores añaden textos importantes en otros escritos de 1914, 1924 y en las cartas a Fliess.

Resumiré brevemente:

- En el 14 Freud dice que el ser humano tiene dos objetos de investimento sexual (más tarde veremos la importancia de esta noción): él mismo y la mujer que le cuida. Y añade que de ahí presuponemos el narcisismo primario de todo ser humano. Evidentemente, se trata de la elección de objeto narcisista y de la elección de objeto por apuntalamiento.
- En el 17 dirá que la identificación es el estadio (¡casi elevada al rango de etapa!) preliminar de la elección de objeto y su primera forma de expresión ambivalente: el yo, elige un objeto, quiere incorporarlo, devorándolo según las características de la fase oral canibalística. Hablando de los procesos de duelo, va a describir la identificación narcisista que es el sustituto del investimento del objeto perdido.
- En el 21, las nociones de investimento e identificación se superponen (la identificación es la primera manifestación de un vínculo afectivo) y más tarde (en el 23) precisará que la identificación narcisista es un proceso frecuente y típico que tiene una función importante en la formación

del yo y contribuye a formar lo que llamamos carácter. Cuando describe el ideal del yo, nos dirá que tras este ideal existe la identificación más importante: identificación al padre de la prehistoria personal (añadiendo que se trata de los padres).

- Llegamos al 24 donde “ los investimentos de objeto son abandonados y reemplazados por una identificación. La autoridad de los padres se introyecta en el yo y forma el núcleo del superyo... Las tendencias libidinales ligadas al complejo de Edipo son desexualizadas en parte y sublimadas, es lo que pasa en toda transformación en identificación...”.

Podríamos deducir que existen tres fuentes de identificación (como lo recuerda C. Chiland):

1. La identificación es la manera más original de vínculo afectivo a un objeto;
2. Es, por vía regresiva, sustituto de un vínculo objetal libidinal (es decir, un mecanismo de defensa contra el sentimiento de pérdida de un objeto);
3. Puede surgir cada vez que se percibe –una cierta comunidad– con una persona que no es objeto de pulsiones sexuales.

En cuanto al proceso, podemos resumir dos movimientos: la proyección del ideal del yo en un objeto y la introyección del objeto perdido. Recordemos también que además de la proyección, existe una ambivalencia hacia el objeto y una modificación del yo por apropiación de las cualidades del objeto.

Es evidente que las teorizaciones sobre identificación no están agotadas, ni en la teoría freudiana, ni en las otras escuelas, ya que además de su íntima interconexión con los conceptos de investimento, deseo, alucinación, huellas mnémicas, proyección, introyección, pulsiones parciales, masoquismo y narcisismo, entre tantos otros; tenemos que con-

templar toda la producción fantasmática y el problema de las defensas en general, tal y como lo mostraron las dos importantes comunicaciones (T. Olmos y E. Moreno) en nuestro último simposio sobre el tema (II Simposio de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 1994)

Para terminar, solamente desearía subrayar algunos aspectos:

Si retomáramos la evolución de las teorías sobre el trauma (ver mi último artículo) constataríamos que la presencia física de un objeto no es tan importante como el investimiento pulsional que de él pueda hacerse: la efracción de la para-excitación (que prepara el traumatismo psíquico) se produce cuando el acontecimiento encuentra un deseo inconsciente que paraliza momentáneamente el funcionamiento del preconscious y como consecuencia, de la organización de las fantasías. Por eso el acontecimiento en si, solamente puede resultar traumático cuando previamente han sido investidos algunos de sus componentes; de la misma manera, la ausencia o la pérdida de un objeto no sería tan importante como la ausencia o la pérdida de su investimiento. Ahora bien, la descripción de los procesos psíquicos exige, a menudo, la utilización de metáforas siempre y cuando se las considere como tales y no como realidades (por ejemplo: decir que la ausencia de la madre podría provocar un sentimiento catastrófico, sería una metáfora para designar que el investimiento de la madre es frágil e inconsistente).

La descripción de los procesos psíquicos en términos hiperrealistas: por ejemplo, partículas que se meten o se sacan de un cuerpo, no deja de ser, como dice R. Anguelergues, una formulación mecánica y desvitalizante. Por eso, la manera de escuchar y de comprender incide en la relación analítica y sobre todo en la interpretación. De ahí que, la relación analítica será el terreno específico de los procesos de cambio psíquico, es decir, de las identificaciones.

LAS IDENTIFICACIONES EN LA RELACION ANALITICA

Quando pasamos de la teoría a la práctica (como una teoría de la práctica y no lo contrario), nos encontramos con los grandes problemas en psicoanálisis, tanto en el infantil como en el de los adultos. Sin embargo, creo que en psicoanálisis de niños la cuestión es mucho más compleja, ya que tanto el encuadre y la escucha como la interpretación comunicada, revisiten otras características que en los adultos. También debemos considerar que si en psicoanálisis de adultos parece más clara la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis, en la práctica con niños puede desaparecer esa diferenciación, ya sea porque el psicoanalista juega con el niño, porque improvisa un psicodrama o porque utiliza objetos (juguetes) para darles una significación simbólica. Todas estas variedades del encuadre merecerían matizaciones teóricas que no son fáciles de hacer, por eso muchos psicoanalistas dan más importancia al encuentro con el niño que al encuadre.

El encuentro

El encuentro con un niño plantea de inmediato el problema de la identificación. A través de dos ejemplos: de R. Diatkine y D. D. Winnicott intentaré plantear algunos interrogantes.

Estamos acostumbrados a escuchar de R. Diatkine que la relación analítica representa un acontecimiento para cualquier niño. Ante un adulto que tiene una actitud insólita (a la que el niño no está acostumbrado), el niño se encuentra sorprendido y se reorganiza, ante lo inacostumbrado, de dos maneras: o bien por un trabajo mental, o bien por una serie de sistemas regresivos que, en general, toman forma en la acción motora. De cualquier manera, lo que dice, representa (en dibujos o escenificaciones) o hace, puede ser interpretado en función de ese personaje, sobre todo que la novedad de ese encuentro inhabitual tiene que ser retomada y familiarizada en la continui-

dad de la historia psíquica del niño; las defensas que se organizan tienen la finalidad de controlar y disminuir el investimento de alguien que resulta molesto.

En otros términos, M. Ody habla de la dificultad de encontrar una distancia adecuada con el niño por el lenguaje y la comprensión de sus procesos psíquicos.

Para que se cree con el niño un proceso elaborativo, es necesario que el analista comunique con el pequeño paciente. En esto también incide Winnicott. Es evidente el aforismo de que nadie puede identificarse a quien previamente no ha podido identificarse a él. Así, cuando el analista comunica por la palabra un movimiento psíquico que se supone reside en la frontera entre el preconsciente-consciente, esa comunicación produce una sensación de extrañeza: como si algo interior hablara cuando en realidad esas palabras proceden del interlocutor. Extrañeza que podemos vincular con los momentos del descubrimiento entre el yo y el entorno (yo, no yo) o con toda la significación semántica de la expresión - comprendido (con - comprendido). En ese terreno todos hemos hecho la experiencia de alguien que diga lo que pensamos pero no podemos decir, sintiendo una sensación de extrañeza.

El encuentro produce también excitación y como consecuencia desconfianza ante el aumento de esa excitación, que pone en marcha mecanismos defensivos (en general de apropiación) para disminuirla. Por eso, cuando en ese contexto el niño descubre algo de él mismo, el investimento (tanto libidinal como agresivo) de su interlocutor podrá transformarse en identificación (es decir, transformación de sus propias producciones mentales).

Para que estos fenómenos se produzcan son necesarias una serie de condiciones (como veremos en el ejemplo de Winnicott): la escucha neutra del analista, que no está predeterminada por la comprensión forzada de los síntomas, ni de la constelación familiar. Una actitud de interés por el funciona-

miento mental y no por la construcción rápida de la historia personal, lo que también excluye el miedo al niño, miedo representado por sonrisas, excitación, propuestas inmediatas de dibujos o juegos psicodramáticos, muestras de afecto para evitar el investimento agresivo, o reacciones maníacas con chorros de palabras que inundan el campo relacional. Pero sobre todo, una escucha de las asociaciones psíquicas provenientes del propio niño y no inducidas por el psicoanalista (como compensación a inhibiciones importantes caracterizadas a menudo por el miedo al niño), aún menos por explicaciones teóricas, incluso en términos analíticos.

La escucha

En psicoanálisis infantil es raro no escuchar en una sesión un - "cómo" - (hago como mi papá, mamá, u otro personaje del entorno) y también una repetición por parte del analista del - haces cómo, etc.

Un ejemplo característico es el de Carine (que creo todos conocen ya que aparece detalladamente en "El Psicoanálisis Precoz", de J. Simon y R. Diatkine): Ya en la primera sesión, Carine dice "... soy una señora, voy a hacer visitas". En las sesiones siguientes Carine toma roles diferentes hasta que interrumpe sus juegos y pega a la muñeca: "Mala, ¡mala, te lo mereces!".

En ese momento (interrupción que presupondría una irrupción en su funcionamiento defensivo de una carga libidinal) es cuando la analista interviene; más o menos en este sentido: cuando desea suplantar a su madre, cree que ésta piensa de ella lo mismo que Carine piensa de la muñeca. Mala, mala, te lo mereces. Intentemos reflexionar en esta secuencia:

Carine hace como si fuera una señora mayor, la analista la dice que ella podría pensar como la madre.

Sin pretender juzgar la oportunidad de esta intervención (oportunidad que sólo pertenece a la analista y su manera de

pensar) quisiera hacer algunas consideraciones para ilustrar mis hipótesis: la verbalización del cómo (que podríamos pensar constituiría una interpretación sobre las identificaciones) puede, en ciertas circunstancias, hacer consciente lo preconsciente, pero sin aportar esa modificación del proceso psíquico que encontramos en el caso de Judith (expuesto por R. Diatkine y retomado en mi libro sobre Interacciones terapéuticas). En este caso (que no expondré por su extensión) Diatkine comunica a Judith su ambivalencia y no sus deseos identificatorios. Verbalizar la identificación podría impedir el proceso identificatorio (idea que tomo de M. Fain cuando se refiere a que la palabra puede matar la cosa) y frenar el proceso de cambio inherente a ella. Debo precisar que la verbalización por parte de la niña: “yo soy una señora”, no me parece indicar un proceso de identificación tampoco, por varias razones: porque la verbalización representa la parte consciente (y el proceso identificatorio es inconsciente) y porque está enunciada en una situación de juego real y no de juego psíquico, tal y como Winnicott describe el proceso terapéutico: dos áreas de juego que se superponen.

El ejemplo de Winnicott me parece muy ilustrativo en el problema de la escucha y la no interpretación de movimientos identificatorios. Se lo expongo brevemente: está tomado del primer caso de la consulta terapéutica).

Liro

Liro era un niño finlandés que presentaba los siguientes síntomas: encopresis, dolores de cabeza y dolores abdominales. Cualquier psicoanalista ante esta sintomatología, tal vez se hubiera centrado en comprender el sentido de los síntomas e incluso indagar su relación con sus identificaciones. Sin embargo, Winnicott no cesa de decirnos que lo importante para él es establecer una comunicación con el niño teniendo muy en cuenta que el que dirige la entrevista es el entrevistado.

La lectura detallada del encuentro con Liro es toda una lección de psicoanálisis: Winnicott va siguiendo las asociaciones del niño sin demasiadas interferencias, en una situación que yo llamaría de neutralidad. En los primeros dibujos compartidos, el psicoanalista no sabe el rumbo que toma la entrevista, pero se da cuenta que el niño tiene una mano “de pato”. Liro dibuja un pato y ni siquiera en ese momento Winnicott interviene (podríamos pensar que era una buena ocasión para invitar a que el niño hablara de su mano) y espera a que el propio niño pueda hablar de su malformación. Esa posibilidad va surgiendo acompañada de sentimientos de Liro en relación con las circunstancias de su vida y es a partir de la verbalización de esos sentimientos cuando Winnicott deduce que Liro desea ser aceptado tal y como es. Punto central desde donde van a surgir todas las demás temáticas: madre que tiene el mismo defecto, que no aceptó al bebé, que deseó las operaciones quirúrgicas, etc.

En el curso de la entrevista el niño habla de sus deseos de parecerse a su padre, del hecho de tener lo mismo que la madre, etc. Como veremos más tarde no considero estas verbalizaciones como procesos identificatorios (¡me gustaría suponer que Winnicott tampoco!).

Pienso personalmente que la escucha neutra permitió a Winnicott llegar a esas conclusiones y también al niño a transmitir las. La deducción que Winnicott hace le parece a él mismo algo inesperado, que sorprende tanto al niño como al analista.

A partir de este ejemplo comprenderemos fácilmente que el encuentro no consiste en hablar, escuchar o reconstruir una historia, sino de contactar con el psiquismo siguiendo el proceso asociativo.

La escucha neutra, no predeterminada para comprender los síntomas, ni tampoco incluso los contenidos manifiestos, permite seguir con delicadeza ese proceso asociativo.

No abordaré aquí un tema de tanta envergadura, solamente comentaré que el proceso asociativo es un índice de la capacidad del niño para organizar, por una actividad mental, la situación de encuentro insólita.

Saber detectar esa actividad mental sin encerrarla en una aspiración ideal de toma de conciencia, o un deseo de tener un interlocutor con las mismas características de nuestro propio pensamiento (identificación narcisista) presupone una actitud, por parte del analista, con capacidad de espera, de sorpresa, de descubrimiento y lo llamo - actitud de investigación.

Ahora bien, habría que entenderse en cuanto a la lectura que cada uno hacemos de la expresión –proceso asociativo–. Cuando alguien habla se sobreentiende que está utilizando una serie de ideas asociadas las unas a las otras. En este caso se trataría más bien de un fenómeno asociativo, pero no de un proceso.

Cuando el psicoanalista escucha esa serie de ideas conectadas por lo que él deduce como un denominador común (o varios) que tienen una relación con la teoría que le habita (para emplear una expresión de Winnicott), en términos de fantasías inconscientes (o en otros términos), tampoco podríamos deducir que está escuchando un proceso asociativo. Para abordar esta espinosa cuestión remito al lector al libro de D. Braunsweig y M. Fain “El día, la noche” donde describen los procesos psíquicos bajo el modelo del proceso onírico, el valor del relato sustentado por los pensamientos latentes y situado siempre en relación a los dos tiempos esenciales del funcionamiento mental (tal y como Freud lo describe en el caso Emma).

En este sentido me parecen ilustrativas las sesiones de Luis descritas por la Dra. Concha Santos en un artículo “Algunos aspectos del rol organizador de las fantasías de escena primaria” (Revista APM. Mayo 1986). La Dra. Santos hace unas intervenciones a partir de una serie de asociaciones del niño, lo que permite una mayor fluidez del preconscious para que

las asociaciones de palabras puedan llegar a tener una significación para él. La aparición de dos personajes el Caballero Blanco y Barbapapá, condensan como en un sueño el esposo de la terapeuta (Cabaleiro) y el padre del niño (con barba). Las sucesivas interpretaciones que recogen la rivalidad con su esposo y con el padre, relacionándolas con los dolores de cabeza que tiene, parecen, más tarde, reorganizar fantasías de escena primaria que, se supone, mantenían activas las tendencias regresivas (impidiendo la represión exitosa de las pulsiones sádico-anales).

La interpretación

Se trata de la actividad más difícil para cualquier psicoanalista, por eso no podría ni resumir los numerosos trabajos que sobre el tema existen, ni siquiera esbozar la problemática.

M. Ody en su “rapport” para el Congreso de Lenguas Francesas, va abordando algunos de sus múltiples aspectos: la distancia óptima en el lenguaje de la comunicación con el niño en situaciones muy variadas: consultas, tratamientos psicoterapéuticos breves, psicoanálisis, etc. Creo que su lectura nos hace pensar tanto en el caso de Judith como en el de Liro: la importancia de las primeras comunicaciones, el hecho de seguir el funcionamiento mental del niño sin deseos de dirigirlo hacia una comprensión de síntomas relatados por los padres, el favorecer por intervenciones vinculativas la fluidez del pre-consciente, el permitir la emergencia de asociaciones que nos desconciertan por su carácter inesperado, el no dar más importancia al proceso simbólico que a cualquier otro proceso... en una palabra: el permitir la improvisación.

Dicho de esta manera todo esto parecería fácil y tal vez aceptable por la mayoría de psicoanalistas. En realidad en la práctica cotidiana y en el terreno del hacer-pensar, la relación con el niño comporta momentos de tensión insospechados. Podríamos abordarlo así: los intentos (como R. Diatkine los

describe) de familiarizar, por parte del niño, a ese personaje molesto (psicoanalista) implican la reactivación de fantasías orales canibalísticas (apropiárselo) con todo su corolario sádico-anal (dominación, manipulación, control, etc.) que pueden traducirse en el aquí y ahora por un aumento extraordinario de la angustia (proporcionalmente a la falta de mentalización alimentada por las actividades motoras). En este contexto podemos suponer que toda la actividad defensiva se pone en juego... y el niño propone juegos para consolidarla y perpetuarla. Si los juegos, en vez de servir de para-excitación protectora, se transforman en excitantes (actitudes condescendientes del psicoanalista), el niño debe recurrir a defensas de carácter, que revisten, a veces, tanta fuerza que obligan al psicoanalista a perder su función –su identidad–. Así, la palabra del terapeuta pierde también su valor comunicativo. Se llegan así a crear escenas donde los dos protagonistas o se aburren o perpetúan los juegos forzados que acentúan el inmovilismo psíquico. No pasa nada, ningún cambio psíquico es posible.

No es raro que en estas situaciones, tanto niños como padres estén encantados. Cuando no pasa nada, los padres suelen sentirse asegurados de que nadie pueda hacer mejor que ellos y los niños se sienten valorados por haber manipulado así a todos los adultos. M. Fain lo llama “la comunidad de la renegación”.

IDENTIFICACIONES HISTERICAS

Sin llegar a estos extremos de la renegación compartida, desearía resaltar el problema de las identificaciones histéricas cruzadas entre niños y psicoanalistas. Nadie se extrañaría que cualquier adulto cuando se pone a jugar por el suelo con un niño, regresa y esa regresión tiene matices diferenciales de otras regresiones ya que supone una vuelta hacia su propia infancia (sin necesidad de una vuelta a una etapa libidinal precisa). En esta situación, el psicoanalista tiene que desarrollar un trabajo

mental específico para conservar su neutralidad psicoanalítica, su escucha imparcial y la comprensión del funcionamiento mental del niño. Y este trabajo no se adquiere por simple entrenamiento, como algunos analistas de adultos piensan, sino por una serie de elaboraciones personales que permiten la transformación de las identificaciones primarias narcisistas en identificaciones históricas; esta transformación organiza la excitación y proporciona los contrainvestimientos necesarios para contener esas excitaciones.

De esta manera el mecanismo de la contención está preparado para que la identificación histórica permita la introyección.

Veamos más en detalle:

La identificación histórica para Freud es la identificación a la persona odiada. Para la niña, sería identificarse a la madre, por ejemplo, con un síntoma, para sustituirla y así realizar la fantasía de incesto con el padre. Ahora bien, en múltiples escritos (sobre todo en “La interpretación de los sueños”) Freud amplifica las significaciones de esta identificación: Al desear al mismo tiempo sustituir a la madre e impedirla cualquier satisfacción sexual, la identificación histórica comporta siempre una insatisfacción. Esta insatisfacción permitirá la puesta en marcha de otros procesos psíquicos: la renuncia del objeto, el mantenimiento del investimento, el contrainvestimento y finalmente la represión ; represión que garantiza la desexualización y la introyección.

Una autora francesa, J. Schaeffer ha estudiado en detalle estos procesos partiendo de dos ideas: lo que ella llama identificación contra y préstamo. Contra, porque la niña no se identifica con la madre sino contra ella (persona odiada). Contra la madre pero también contra el deseo de ésta hacia el padre. Por eso, la erotización persiste en la insatisfacción (persistencia que mantiene el investimento). El préstamo se refiere a que en la identificación histórica se toma prestado el cuerpo de

otro. De ahí que la otra persona pueda introyectarse sin peligro, puesto que a la vez está dentro y fuera del psiquismo ya que representa lo propio y lo ajeno. Añadiría que en esta situación de préstamo, el odio está contrainvestido y como sabemos, la energía de ese contrainvestimento mantiene la represión; pero a su vez, como la teoría de la represión nos enseña, toda represión es desexualizante y la desexualización es el paso previo a las posibilidades sublimatorias.

Con todo este desarrollo comprenderemos mejor la función introyectiva que Freud dio a la identificación histérica, función que a su vez permite “una buena renuncia del objeto externo”.

Freud ejemplifica estos movimientos psíquicos en el sueño llamado de “La bella carnicera”. Se lo recuerdo brevemente:

“Quiero dar una cena pero sólo tengo un poco de salmón ahumado. Quiero hacer compras pero recuerdo que es domingo y todas las tiendas están cerradas. Quisiera llamar a la tienda pero el teléfono está estropeado. Debo, pues, renunciar a dar una cena”.

Freud dice que el deseo expresado en ese sueño es un deseo de la paciente de identificarse a una de sus amigas: si le ofrece una buena comida, la amiga se pondrá guapa y más atractiva para su marido. Así, identificándose a esa amiga, expresa el deseo que el deseo de su amiga no se satisfaga. Freud dice “la enferma se conforma a las reglas del pensamiento histérico” cuando expresa celos hacia la amiga poniéndose en su lugar en el sueño e identificándose a ella por la creación de un síntoma: el deseo de un deseo insatisfecho (según J. L. Donnet).

CONCLUSION

En la práctica psicoanalítica con los niños se nos plantea con mayor agudeza la problemática de las identificaciones, ya

que identificación significa cambio psíquico. Pero sobre todo porque identificación no es un proceso que surja espontáneamente (como podría imaginarlo cualquier persona, es decir solamente por la mirada, el espejo e incluso la relación afectiva). El proceso identificatorio, como cualquier proceso, implica una serie de transacciones (Freud diría: comercios) psíquicas que van desde los simples investimentos a la complejidad de las introyecciones.

Las introyecciones no son tampoco movimientos psíquicos sencillos (como la palabra lo indicaría: la presencia de otro bastaría para introyectarlo). Sabemos que no se introyecta solamente por mirar a alguien, ni por escucharlo ni siquiera por la relación. Las introyecciones son resultantes de un trabajo psíquico complejo. A lo largo de estas reflexiones he intentado estudiar la delicada trama de los procesos de identificación que se organizan en la situación analítica con niños. Situación que implica la elaboración de las circunstancias en las que el niño puede organizar un trabajo mental gracias a las intervenciones del psicoanalista. Trabajo que irá transformando los investimentos en identificaciones históricas para preparar el terreno de las introyecciones y de las sublimaciones.

Las intervenciones del analista (cuando su identidad se ha consolidado) pueden organizar un trabajo psíquico si surgen de una escucha neutra, para que el proceso asociativo compartido transforme ese encuentro insólito en un verdadero proceso de identificación, es decir, de cambio.

REFLEXIÓN SOBRE LA IDENTIDAD EN UNA SITUACIÓN CLÍNICA PARTICULAR*

Núria Fillat**

Los cambios que se van produciendo en la sociedad actual son tan rápidos que nos encontramos ante situaciones nuevas y complejas a las que a veces no sabemos como responder, y que requieren una reflexión especial, y flexibilidad para estar dispuestos a plantearnos una y otra vez los conceptos y las teorías, para encontrar, sino respuestas, por lo menos distintos puntos de mira.

Mi interés en presentar esta experiencia clínica se debe a que creo que como tal es poco frecuente, y para mi nueva. Su núcleo es la particular constelación familiar de Santiago.

Santiago es un chico de 8 años y seis meses, que llega a la consulta, a petición de la escuela especial a la que asiste por primer año, acompañado de Jaime, de unos 40 años, A primera hora de la mañana llegan al Servicio muy desorientados. Han estado dando vueltas por el hospital sin saber adonde tienen que ir ni la hora; solo saben que les manda la escuela. Han concertado una hora por teléfono en algún servicio

*Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

**Psicóloga de la Fundación Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja Barcelona.

del hospital, no ha sido en el nuestro, de todos modos deciden esperar por si queda algún hueco y podemos atenderles. Jaime comenta en secretaría que él ha pedido permiso en su trabajo para acompañar al niño. Una vez en el despacho, Jaime explica, de una forma confusa, tanto el motivo de la consulta como los antecedentes del niño, a saber:

Hasta el curso pasado había ido a una escuela publica pero debido al fracaso escolar la escuela insistió hasta conseguir que Santiago, este curso asistiera a una escuela más adecuada a sus capacidades intelectuales. Es por recomendación de esta escuela actual que consultan. Piden que hagamos un diagnóstico de Santiago.

Jaime me dice también que él no es el padre de Santiago y que el padre no ha podido venir porque tiene dificultades laborales que no le permiten salir del trabajo. Jaime explica que los padres de Santiago se separaron cuando el niño tenía 1 año y medio, y fue a vivir a su casa y después el niño también. Lo explica de tal forma que no me queda claro quien fue a vivir a su casa, si el padre o la madre. Pregunto si viven en su casa el niño y el padre. Asiente diciendo que la madre no se cuidaba del niño y le pidió al padre que se encargara de él.

Todo está dicho de tal manera que queda en el aire, o quizá sobreentendido, que Jaime y el padre de Santiago forman una pareja

A lo largo de esta parte del relato, que me desorienta y confunde, se me hace más clara la desorientación de Jaime y Santiago dando vueltas perdidos en el Hospital, como forma de expresar la dificultad de ellos mismos, o por lo menos de Jaime, para orientarse en su propia situación, elaborarla y encontrar su camino.

Una vez aclarada la constelación familiar, y probablemente ante mi aceptación, Jaime se relaja. Entonces se me hace claro el temor de ser rechazado con que venía. A partir de este

momento, empieza a hablar de una manera clara sobre el niño, y lo hace como lo harían muchas madres.

Explica que él tiene más facilidades en su trabajo que el padre y que por esta razón es él quien acompaña generalmente al niño y se hace cargo de él. Explica la situación de abandono que sufrió el niño, su retraso evolutivo, y como él lo ha criado. Dice: “cuando lo cogí era una masa y ahora es un niño”.

Se hace evidente que Jaime es el que se ha encargado de hacer funciones maternas para el niño. El padre está siempre trabajando. Jaime explica que él no quiere absorberlo, deja que el padre cuide de él, pero es el mismo niño quien le reclama a él y quiere que “Jaime le arrope”. Aquí Santiago se sonríe, se le echa al cuello y le abraza cariñosamente.

Poco a poco Jaime explica lo mal que “se lo han pasado” con el cambio a la escuela especial, lo mucho que les ha costado aceptarlo aunque, reconoce que al niño le ha ido muy bien, ha progresado mucho.

Explica que hace dos años el niño empezó a decir que los niños en la escuela le decían que no tenía madre. Coincidió con que en este momento, la madre se interesó por el hijo, del que no había sabido nada desde hacía cinco años. La madre vive en otra ciudad, en el extremo opuesto de la Península, tiene otra pareja e hijos. Explica que fue un momento difícil ya que entendía que el niño tenía que conocer a su madre pero por otra parte la madre no se había interesado por su hijo durante todos esos años. Dice que la madre es muy importante para un niño; él sabe lo importante que es su madre para él y piensa que para Santiago también debe serlo.

La madre quería llevarse un mes de vacaciones a Santiago pero les daba miedo que la madre se llevara el niño cuando ni se conocían. Decidieron ofrecer a la madre que viniera a pasar 15 días aquí con Santiago, y según como fuera el encuentro

que se lo llevara unos días de vacaciones. Lo hicieron así y luego el niño se fue con su madre, pero a los dos días de llegar allí llamó a Jaime para que fuera a buscarlo. Al cabo de pocos días Jaime y el padre, como una pareja de padres sensibles, fueron a recogerlo. El niño no ha tenido más relación con la madre, pero sabe que existe. La madre también tiene noticias del niño a través de la abuela materna que vive aquí y con la que Santiago mantiene relación.

Jaime explica la vida que hace el niño: sale a jugar con los amigos a la calle, y como se le pasa la hora de volver, tiene que ir a buscarle. Mientras hablamos, el niño está atento a la conversación y le sonrío. Explica cómo él se encarga de llevarle al médico, comprarle ropa cuando la necesita, de refírle, o darle permiso para ir a jugar, etc., y como harían muchas madres, disculpa al padre de que no puede ocuparse de su hijo por la inestabilidad en su trabajo, sale pronto de casa y vuelve tarde, cuando el niño ya está bañado, ha cenado y a veces está en la cama.

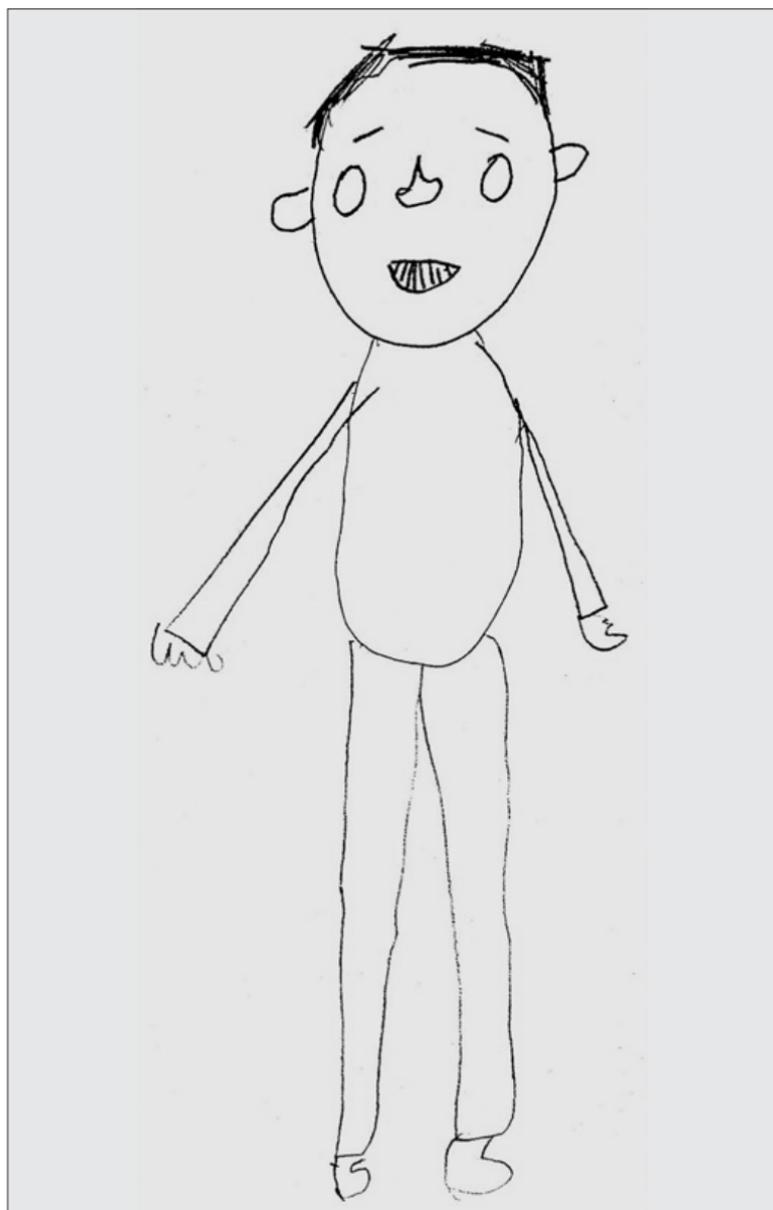
Durante la entrevista Santiago está atento a Jaime y a mí. Cuando me dirijo a él, responde tímidamente, mirando a Jaime. Le pregunto si quiere dibujar y acepta. Santiago dibuja a Jaime, le muestra a él el dibujo y lo que escribe, Jaime se lo valora y le enseña los errores de su escritura. La relación resulta enternecedora.

Se nota afecto y una buena relación entre ellos. (Ver dibujo n.º 1.)

Durante la exploración practicada más tarde, Santiago hace un contacto directo, tranquilo y colaborador. Busca la atención del adulto, se muestra sonriente y cariñoso.

Presenta dificultades importantes en el área del pensamiento y del lenguaje, aunque parece tener más posibilidades de las que reflejan en las pruebas. Se le ve interesado por el aprendizaje y ganas de hacer las cosas bien.

Al pasarle el test de Corman, se le pide que dibuje una familia y pregunta “¿qué es una familia?”



Dibujo n.º 1

Entonces, dibuja “uno grande de 10 años, un payaso y uno pequeño de un año”. No dice padre ni hijo. Al preguntarle si hay alguien más en esta familia dice “¡ay! la madre”, la dibuja y dice “está volando”

Estas respuestas al Corman nos parecen muy expresivas de la experiencia emocional de Santiago en su grupo familiar compuesto desde hace 7 años por Jaime y el padre. De la misma forma que la “familia” en el sentido habitual es la experiencia emocional de la mayoría de niños, para Santiago su experiencia emocional inmediata y vivida es la pareja de hombres que le han cuidado en su crecimiento. Para él la “familia” tradicional es un conocimiento intelectual, como lo sería para otros niños una pareja homosexual. (Ver dibujo n.º 2.)

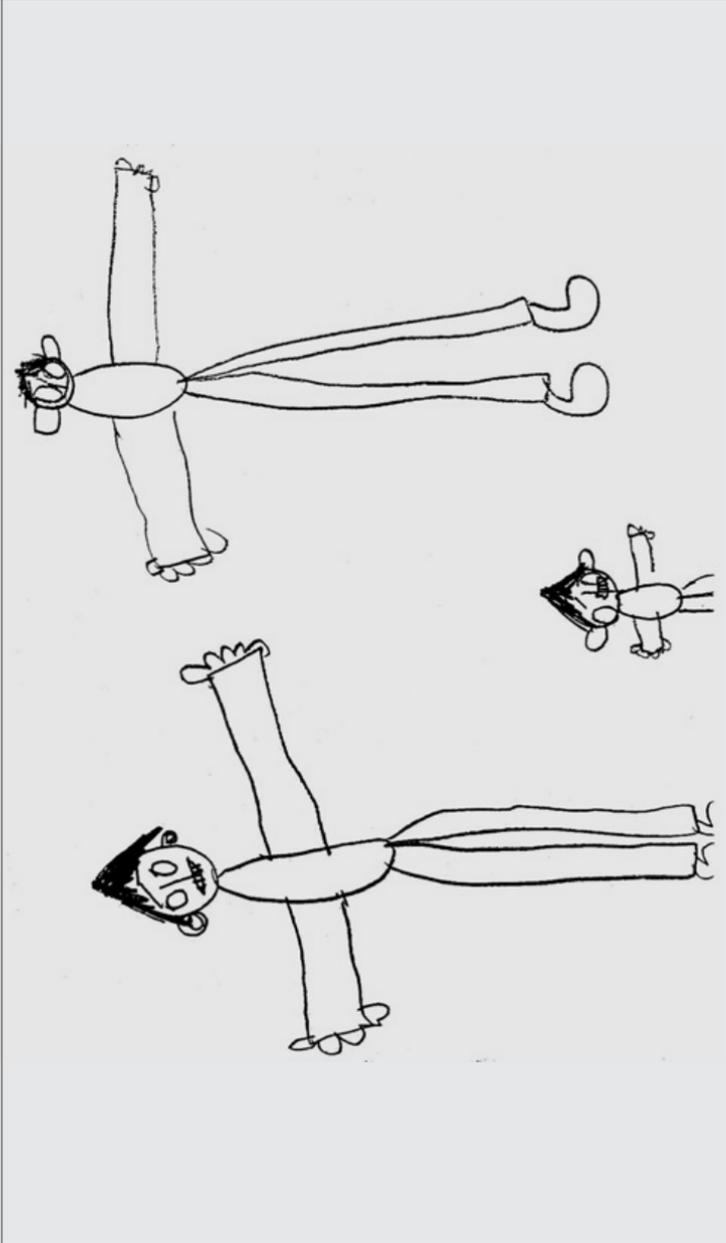
A la visita siguiente vienen el niño y Jaime, nuevamente disculpando al padre, que está fuera de Barcelona trabajando (el padre tiene que desplazarse fuera de la ciudad para su trabajo).

En esta entrevista Jaime se muestra preocupado por la nueva situación que se les ha planteado, es muy probable que en su trabajo le trasladen a una ciudad lejana. No puede renunciar, y le interesa para progresar a nivel laboral.

En esta entrevista Santiago hace un dibujo (ver dibujo n.º 3). Primero dibuja los 3 cuadrados pone los nombres, el suyo en medio del padre y Jaime. Más tarde añade Jordi que es un vecino, amigo suyo.

Quedamos para una nueva entrevista para poder tratar el tema más ampliamente.

Jaime viene solo a la siguiente entrevista, donde expresa abiertamente su compleja situación. Por una parte desea el traslado de su trabajo porque aquí no puede promocionarse, y durante mucho tiempo se ha dedicado a cuidar el niño y no se ha dedicado a él mismo, ni a nivel laboral ni personal. Por otra parte no quiere presionar al padre de Santiago para que le sigan a la nueva ciudad, y tampoco quiere renunciar al niño al



Dibujo n.º 2

cual ha dedicado 7 años de su vida y lo ha criado, dice “para él yo soy su madre”. Por otra parte en la ciudad donde se trasladará vive su propia familia que desconocen su situación. Aunque él está dispuesto a afrontarlo, reconoce que le preocupa “sino no estaría hablando aquí de esto”, dice.

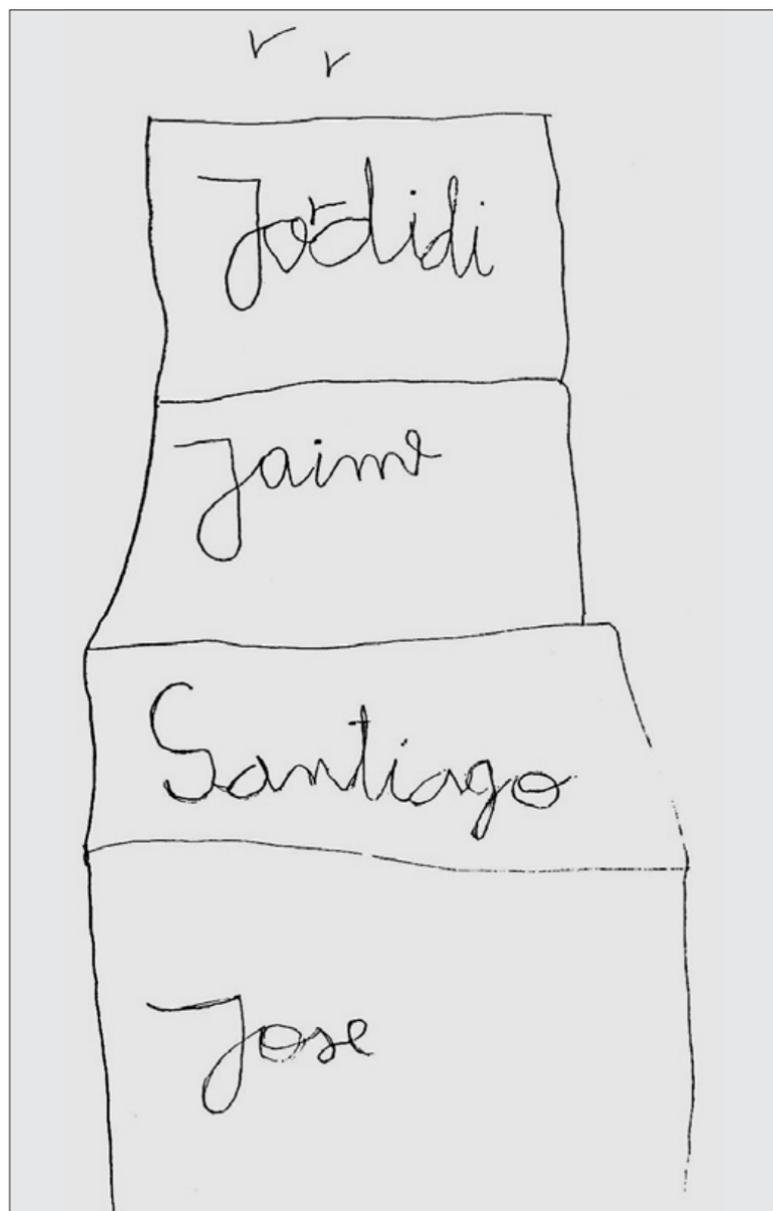
Ante esta situación compleja no sabe qué hacer, dice que él necesita ayuda, y si se va sin Santiago la necesitará también. Está preocupado por lo que pueda pasar con Santiago si se va sin él; dice, “sólo me tiene a mí, el padre está más ausente, la familia del padre no aceptan la situación del hijo, se desentienden”. Aunque Jaime quiere que el niño tenga relación con los abuelos, no cree que puedan hacerse cargo de él ni el padre ni su familia.

Explica que este fin de semana se fue tres días a una celebración familiar, y el niño le despidió en el aeropuerto llorando, diciendo que si se va ya no va a volver y no le verá más.

Al llegar no ha visto todavía a Santiago, porque está de campamento con el colegio y “yo me lo paso mal, me encuentro pensando, cómo lo harían unos padres, qué estará haciendo Santiago. Sé que está bien y que se divierte, pero pienso que por la noche a lo mejor lo pasa mal”.

En esta exposición clínica vemos cómo, al principio, en la primera visita, Jaime está incómodo y confuso, pienso que quizá con temor a que yo le rechace, pero poco a poco, a medida que se va tranquilizando, puede explicar con claridad la situación de Santiago y la suya propia. Va desplegando el cuadro de este grupo familiar especial, las relaciones entre ellos, y expresando las emociones que vive hacia el niño y también hacia su propia situación.

Yo, escuchando a Jaime, tengo delante una persona sensible, como él dice muy bien “como una madre”, la madre que sabe de las emociones de su hijo, a quien duele reconocer la deficiencia de éste y la necesidad de escuela especial, que le cuida, se preocupa y no quiere separarse de él.



Dibujo n.º 3

Ya desde el inicio mi contratransferencia fue de simpatía hacia él que quizá facilitó el que se sintiera aceptado tal como es, lo que le permitió en las siguientes entrevistas pedir ayuda para él mismo.

Jaime viene con su soledad para compartir conmigo la encrucijada en que se encuentra y en busca de ayuda, “no sé por qué le cuento todo esto a Vd. no sé si es el sitio adecuado, pero yo voy a acabar mal y yo necesito ayuda también”. Parece sentirse solo con su pareja, con quien parece que no puede dialogar abiertamente. Solo, ante su familia que desconocen su vida, y ante la familia de su pareja que no aceptan esta situación. Soledad que también reconoce en Santiago, “sólo me tiene a mí”.

Hasta el momento desconozco muchos datos de la vida de Santiago, sobre todo del primer año y medio, que vivió todavía con la madre y un tiempo en que vivió con los dos padres, solamente me transmitieron que había abandono, y llevaba un retraso general en su desarrollo. Al padre lo conozco sólo a través de Jaime.

Según la prueba de Corman, la representación mental de familia es confusa para Santiago. El niño convive con su padre, un padre con problemas acerca de la propia identidad sexual masculina, dependiente de su pareja homosexual (económica y emocionalmente). Convive con la pareja homosexual del padre que hace las funciones maternas pero también paternas.

Y una madre que como el niño dibuja, “volando”, es una madre ausente pero una madre según explican que descuidó a su hijo, y con quien no ha podido vincularse.

Creo que sobre esta experiencia tenemos casi solamente interrogantes y muy pocas respuestas.

Son muchas las cuestiones que se nos plantean, no sólo sobre como debió vivir Santiago los primeros años con sus padres sino también qué pudo aprovechar de la relación con su madre que luego se distanció de él, y que pudo transferir a la

pareja que le cuida ahora. ¿Cómo influirá la experiencia emocional actual de Santiago en la construcción de su identidad?

Algunos niños que viven siempre con sus padres evolucionan hacia la homosexualidad. Se han descrito organizaciones edípicas que parecen facilitarlos, ¿pero, no es mucho más complejo el proceso de lo que parece a través de algunas descripciones?

En base a la constelación actual edípica de Santiago ¿creemos muy probable o forzoso que evolucione hacia la homosexualidad? Sabemos que la identidad y la identidad sexual se desarrollan en base a las identificaciones que se van integrando, pero en este caso Santiago, que contaría casi solamente con identificaciones masculinas ¿hacia qué objeto se dirigiría? Pero sabemos también que el niño no se identifica solamente con la madre y el padre como objetos globalmente sino que se identifica, a lo largo del tiempo, y en forma evolutiva con aspectos de uno y otro, lo cual hace el proceso de identificación complejo y rico, lleno de matices ¿Qué objetos internos para la identificación podrán ofrecer Jaime y el padre, a Santiago?

Esta experiencia clínica con Jaime y Santiago evoca la situación de la pareja homosexual femenina en que una de las dos mujeres se hace inseminar y tiene un hijo. Los interrogantes que se nos plantean tienen mucho en común. Claro que tanto en la situación que nos ocupa, como en la pareja de mujeres, la calidad de las relaciones, la personalidad de los cuidadores debe ser un factor definitivamente importante.

La tendencia normal del niño a diferenciarse, y la nada excepcional necesidad de oponerse y enfrentarse para conseguirlo ¿qué papel jugará en la evolución de Santiago, en sus identificaciones y búsqueda de objeto?, ¿qué papel tendrán sus otras relaciones, con abuelos, maestros de ambos sexos, compañeros de clase...? y el factor genérico o constitucional ¿qué influencia puede tener en todo esto?

EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS PEQUEÑOS*

Núria Beà** i Eulàlia Torras***

Siguiendo a Ajuriaguerra (1973), podemos definir la identidad como el conjunto de características que diferencian a un individuo de otro. Esta definición incluye, como se ve, tanto características fenotípicas como de la personalidad. Centrándonos especialmente en las segundas, podríamos decir también que la identidad es la articulación dinámica y evolutiva de las identificaciones del individuo a lo largo de su vida. Tiene por tanto que ver con la forma como se integran los objetos internos y con sus funciones.

Estas definiciones implican también que la identidad puede ser considerada desde el sujeto o desde el objeto, o sea, desde el individuo mismo –lo que el sujeto siente como su identidad, la forma como se define a sí mismo– y desde los otros –como el individuo es visto, identificado, por los demás, la identidad que los otros captan y le atribuyen.

La identidad evoluciona a lo largo de toda la vida, a medida que en las distintas etapas, desde la infancia a la vejez, el

* Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “La identidad y sus trastornos” tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

** Fundación Eulalia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja Barcelona.

*** Fundación Eulalia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja Barcelona.

individuo va integrando nuevas identificaciones, y va identificándose con sus sucesivos roles y funciones, sus nuevas capacidades, y asumiendo también las pérdidas. Sin embargo, a lo largo de esta evolución se mantienen siempre aspectos estables, permanentes, o en todo caso que se modifican lentamente, que dan el sentido de identidad tanto al individuo como a los otros respecto a él. Se puede decir, por tanto, que la identidad sería el resultado de la integración de las sucesivas identificaciones y de su elaboración a lo largo del tiempo.

La identidad del recién nacido se esboza ante todo en la realidad interna de la madre, de hecho ya durante el embarazo. La madre iniciará su relación con su bebé según la representación que en su mente se haga de éste, construida mayormente a partir de sus propias experiencias emocionales y de sus expectativas¹. En un comienzo pues, la interacción entre la madre y el bebé estará en buena parte determinada por esta representación que es la identidad del bebé en la mente de la madre. Pero si ésta es capaz de captar, si es sensible a su hijo, la realidad de éste irá modificando esta representación, y la madre –o los padres– irán construyendo en su mente una identidad del hijo más determinada por la relación con éste. Entonces, a través de las sucesivas identificaciones con estas imágenes que los padres ofrecen, la interacción ayuda al niño a estructurarse y a construir su identidad. Por supuesto, las identidades del hijo en la mente de cada padre pueden ser parecidas, o distintas e incluso contrapuestas.

Por el contrario, una realidad interna más rígida y unas proyecciones menos modificables dificultan a los padres captar la

¹ Hoy en día, la incidencia de la ecografía, cada vez más habitual y precisa, con la que se cuenta para el seguimiento del feto y su patología, incorpora mucho antes en la vida de los padres la realidad del hijo observado y descrito. Mucho de lo que antes era fantaseado –el sexo, por ejemplo– ahora es conocido. Incluso el hecho de que pueda saberse mucho de la patología del feto, y la posibilidad de tratar algunos de sus aspectos, modifican definitivamente las vivencias imaginadas de los padres durante el embarazo.

realidad de su hijo. En este caso, la identidad-en-su-mente que los padres ofrecen al hijo –especialmente, si es de carácter negativo– dificultan o perturban la tarea del hijo de construir su identidad.

En la relación terapéutica con niños, especialmente con los más pequeños, buscamos favorecer la integración de una identidad suficientemente diferenciada. En forma parecida a lo que sucede en la primera relación con la madre, la identidad del niño se formula, desde el comienzo del tratamiento, en la mente del terapeuta. Podemos suponer que esta representación en la mente del terapeuta está más libre de expectativas y temores, que la construida por los padres y este hecho facilita una anticipación más realista de la identidad del niño en el futuro, o sea, una captación de lo que el niño puede llegar a ser. Esta formulación que el terapeuta hace de la identidad del niño y su proyección en el futuro, anticipando el progreso que el niño puede realizar nos parece un núcleo imprescindible para la valoración del punto de partida y la orientación de la trayectoria terapéutica. En el tratamiento, gracias a su función alfa o reverie el terapeuta ofrece al niño una interacción adecuada e imágenes realistas de progreso con las que identificarse, que estimularán su evolución hacia una identidad diferenciada.

El niño, que llega al tratamiento con un proceso de individuación insuficiente –o grado excesivo de confusión con su objeto– va construyendo, a medida que progresa, un núcleo coherente de identidad, que incluye el desarrollo de capacidades y funciones y le permite orientarse y relacionarse mejor con su entorno, con sus padres, los otros niños... Estas relaciones interpersonales más diferenciadas contribuyen a su vez al proceso de diferenciación. En otras palabras, a través de la relación con el terapeuta, el tratamiento hace progresar y mejorar la comprensión y el aprovechamiento de las experiencias de la vida cotidiana, que se convierten así en terapéuticas, contribuyen a hacer progresar al niño y favorecen el tratamiento.

Ilustraremos lo que antecede con material del tratamiento de un niño de 5 años y medio, Alberto, que presenta dificultades de evolución relacionadas con una psicopatología borderline.

F. Palacio (1993) dice de los niños con este tipo de organización: “Las dificultades que encuentran para organizar un sentimiento de sí mismos relativamente estable, dada su tendencia a la identificación proyectiva, tienen como consecuencia que los intercambios con los objetos no se realizan de forma privilegiada por ciertos sectores bien delimitados del Yo”² Esta sería una forma de definir a Alberto, que fue tratado por una de nosotras (Núria Beà), quien lo explica así:

Se trata de un niño cuya personalidad al inicio del tratamiento aparecía multi-disociada, en facetas distintas e incluso contrapuestas. Como expresión de esto, a cada sesión iba a buscar a Alberto a la sala de espera preguntándome cómo vendría aquel día, algo así como “Vamos a ver qué Alberto me llega hoy”. Sus dos formas principales de aparecer eran: agresivo, descargando tensión y rompiendo el material, o bien, buscando la relación conmigo a través de darme órdenes para que yo hiciera lo que él quería. Parecía incapaz de desarrollar nada por sí mismo. De todos modos, después, tanto si yo hacía lo que él quería como si no, se llenaba de rabia debido a que, incluso cuando trataba de complacerle, lo que yo hacía no era nunca exactamente lo que él esperaba, y también, en el fondo, porque no podía soportar que yo fuera capaz de hacer lo que él pedía.

Antes de comenzar el tratamiento, al diseñarlo, pensamos que su primera función sería ofrecer un espacio en el cual acoger y contener las distintas facetas de Alberto. En este espacio podría gradualmente desarrollarse una relación entre el niño y la terapeuta que las podría ir gradualmente integrando. Ella aceptaría los cambios bruscos, disociados, del niño, y sus

² La traducción es de las autoras.

distintas formas de presentarse y de funcionar. Trataría además de establecer momentos de contacto a través de interesarlo en las propuestas que pudieran desarrollar juntos, para así vertebrar la experiencia y ayudarlo a desarrollar su identidad. En otras palabras, se trataba de ofrecerle un espacio de contención y de lograr momentos de contacto, que al comienzo no se podía esperar que fueran más que pequeños momentos de relación precursores de una identidad organizada. Estos momentos de contacto podrían irse ampliando a medida que, entre otras cosas, el niño pudiera ir soportando que la terapeuta fuera capaz de hacer lo que se proponía y de hacerlo a su manera. Pensábamos también que, identificándose con las funciones de la terapeuta, Alberto podría ir desarrollando sus capacidades y progresar a su manera. Existe sin duda un paralelismo entre este tipo de trabajo y las funciones de “reverie”(Bion) y de “holding” (Winnicott).

La terapeuta continúa:

Al mes de tratamiento, en una sesión, cuando voy va a buscarle a la sala de espera, Alberto corre hacia el despacho, y a pesar de que en otras ocasiones se ha orientado perfectamente, esta vez pasa de largo de la puerta correspondiente y entra en la siguiente. Cuando se da cuenta de su error, retrocede. Entonces me da la mano y se deja conducir al despacho donde trabajamos. Una vez en éste enciende y apaga la luz muchas veces...

Este fragmento sugiere que el niño ha diferenciado solamente a medias, en forma insegura aún, el espacio donde transcurre su relación con la terapeuta, y por eso, con la excitación y la impaciencia por encontrarla, puede confundirse. Sin embargo, enseguida se da cuenta de que se ha perdido y frena. Luego dando la mano a la terapeuta expresa su disposición a que ella le lleve en la dirección correcta, en la dirección de su evolución. Al encender y apagar la luz parece expresar esta diferenciación intermitente, que a veces está “conectada” mientras otras veces, no lo está.

Enseguida, Alberto insiste en forma imperiosa que le dibuje una paloma, “¡dibuja una paloma!” ... “¡tú la haces!”... Como no cumplo la orden suficientemente deprisa, Alberto me muestra un dibujo de un libro y en tono imperativo grita, “¡haces ésta!”... “¡la haces tú” ... Cuando empiezo a dibujar, no se muestra nada dispuesto a aceptar ninguna modificación a sus órdenes.

Esta forma de relación, la de dar órdenes, la de *hacer hacer*, es una forma de relación de objeto que Alberto ha externalizado muchas veces en el tratamiento. Expresa, creemos, la utilización del objeto como parte de sí mismo y de su identidad, para que realice funciones que él no sabe realizar. Este funcionamiento explica, en parte por lo menos, la razón por la que el sujeto no sabe realizar esas funciones; el origen de su incapacidad y de su identidad regresiva. Sería algo así como: “soy pequeño o incapaz por tanto hazlo tú; como lo haces tú puedo continuar pequeño o incapaz”.

La madre, el terapeuta, realizan funciones para el niño, dándole tiempo para identificarse y aprender, para que luego pueda ejercerlas por sí mismo. Pero cuando, por cualquier razón, estas funciones se realizan crónicamente para el niño, aun cuando no le es imprescindible, sustituyendo su capacidad de aprender, se está administrando una “terapéutica de sustitución” que tiende a atrofiar la capacidad de evolucionar. El tratamiento busca de modificar este círculo vicioso.

La terapeuta continúa:

A los cuatro meses de tratamiento, durante varias sesiones, Alberto y yo desarrollamos un juego en el cual cada uno asume un papel. Lo vamos repitiendo casi sin modificaciones, debido a que el niño impone que lo repitamos siempre de la misma manera. El juego consiste en que los personajes que yo muevo echen pequeñas bolas de plastilina que representan bolsas de basuras en unos recipientes que representan contenedores. Alberto pasa luego con un camioncito y vacía los con-

tenedores en la caja del camión. En una sesión, después de jugar así durante un rato, logro introducir algún pequeño cambio: represento que los personajes, antes de echar la basura, cenar, y que después de hacerlo se van a dormir. Al principio Alberto lo acepta y se interesa, e incluso estimulado por mis preguntas –como por ejemplo ¿qué haces tu después de cenar?, ¿quién baja la basura en tu casa?– evoca algún elemento de su vida familiar, que recojo e introduzco en el juego. Pero al poco rato, Alberto quiere que repitamos el juego idéntico a como lo hacíamos al principio, y además, deprisa y casi mecánicamente. Capto que en aquel momento es mejor no forzar y jugamos así durante otro rato. Luego, cuando el camión está ya cargado, le pregunto qué harán ahora con tantas bolsas de basura. Alberto queda sorprendido, y pregunta a su vez dónde vacían la basura los camiones de recogida. Esto permite de nuevo ampliar el juego, ya que en el proceso de buscar algún recipiente que pueda hacer función de vertedero donde vaciar el volquete, vamos comentando las ventajas de los objetos de que disponemos. Finalmente elegimos la tapa de la caja de juguetes, y Alberto tiene ahora un papel más complejo.

En este momento del tratamiento, al principio observamos la identidad rígida de Alberto, que tiende a rigidificar la realidad exterior. Pero también observamos momentos en que el niño puede soportar algo mejor que los movimientos de la terapeuta no sean exactamente los pre-concebidos y tolerados, y que ella introduzca alguno que él no tenía previsto, lo que sugiere una flexibilización en su identidad, una ampliación de sus recursos. Ahora, Alberto puede soportar algo mejor que exista una realidad externa más allá de lo que él admite, y que la terapeuta no sea parte de su identidad, sino, por el contrario, alguien separado y con iniciativa propia. Cuando la pregunta de la terapeuta lo sorprende, y pregunta cómo son las cosas en la realidad externa, muestra que puede diferenciar su fantasía de la realidad exterior y establecer un cierto diálogo entre ambas. Este progreso significa también que puede soportar algo me-

jor ser alguien diferenciado de la terapeuta, y que ha dado un paso en el desarrollo de su identidad.

A los 7 meses de tratamiento, en una sesión, Alberto y yo conversamos sobre cómo dibujar un garaje que necesitamos para desarrollar un nuevo juego. Los comentarios y las preguntas se prolongan y Alberto, de pronto, hace el gesto de poner a la altura de su boca sus manos flexionadas en garra y moviendo los dedos en la dirección del dibujo que estamos haciendo, y dice, “¡Jugamos!, que si no...” Expresa claramente que su paciencia se está acabando, y que si no “jugamos” enseguida, en pocos segundos esta amenaza va a convertirse en un estallido de rabia en que lo destruirá todo. Se lo comento diciéndole, “quieres decir que si no jugamos enseguida, te enfadas y rompes todo...”

Con esta interpretación, la terapeuta comunica al niño que lo capta y se da cuenta de lo que él siente, y que ella, en la medida en que reconoce el enfado de él, pero no se enfada como él, es una persona distinta, capaz de captarle y de estar en contacto con él. Pero Alberto ha dado un paso muy importante en la construcción de su identidad: puede contenerse y postergar, por lo menos por un cierto tiempo, la descarga emocional, y expresarla en palabras y gesto. Ahora, pues, dispone de una identidad con un espacio interno donde contener las emociones, y su diferenciación ha avanzado un nuevo paso, ha habido un progreso en sus funciones yoicas y un desarrollo incipiente del juicio de realidad, ambos precursores del desarrollo de la identidad y la autonomía.

Con estas viñetas clínicas hemos querido ilustrar el importante papel que tiene en el tratamiento la capacidad del terapeuta de captar la identidad del niño en ese momento, y de anticipar lo que “puede llegar a ser”, para inducir sucesivos movimientos progresivos. En un registro más global, estas mismas capacidades permiten al terapeuta conducir al niño, a lo largo de la trayectoria terapéutica, hacia el desarrollo de su

identidad. En la relación terapéutica se organiza un diálogo entre la identidad-del-niño-en-la-mente-del-terapeuta y la identidad que va desarrollándose en la mente del propio niño, que ofrece la posibilidad de identificaciones que constituirán gradualmente su identidad, suficientemente diferenciada como para un desarrollo adulto y de la autonomía.

Si la identidad del niño no se perfila claramente en la mente del terapeuta, el tratamiento se diluye y ambos, terapeuta y niño, acaban yendo a la deriva.

BIBLIOGRAFÍA:

BION W.R. (1962): "Learning from Experience". London. Heinemann.

ESCARIO, L. (1985): "Psicoteràpia en el període de la latència" Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol II. N.º 1. Pag. 89

PALACIO ESPASA F. (1993): "La Pratique Psychothérapique avec l'Enfant" Paidos/Bayard Editions.

TORRAS, E. (1992) "Gènesi del Símbol en el Procés Terapèutic". Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol IX. No. 1. Pag. 65

EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD EN UN GRUPO TERAPEUTICO DE ADOLESCENTES*

Gloria Zegrí**

El trabajo en grupo terapéutico contribuye al desarrollo de la identidad en la medida en que favorece la diferenciación y el desarrollo individual, así como la ampliación de la relación social.

Según Anny Speier¹, el grupo terapéutico ofrece al adolescente una posibilidad incomparable para un libre ejercicio de autocomprensión y de comprensión de los otros, que favorece identificaciones fluctuantes que unen y ayudan al mismo tiempo a diferenciarse. Esta búsqueda recíproca de la propia identidad y de la identidad del otro conduce a un crecimiento individualizado y compartido, al logro de una identidad diferenciada pero no aislada ni aislante, una individualidad que incluye al "otro".

Este proceso de búsqueda y desarrollo de identidad en el adolescente se observa en todos los grupos. El objetivo del grupo es la comunicación verbal (poner en común experien-

*Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

**Psicóloga de la Fundación Eulalia Torras de Beá del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona.

¹ Anny Speier, Rosa Schiff de Scheimberg, Hebe Boscheto "Psicoterapia de grupo en la adolescencia". Ediciones Nueva Visión.

cias, intercambiar ideas) que acerque a un mayor conocimiento de uno mismo y de su entorno. La función del terapeuta, que vive con el grupo lo que acontece en él, es la de acompañar y guiar en este proceso de conocimiento².

Su actitud básica es la de escuchar a unos y otros, interesarse por ellos, además de promover el diálogo y comunicar sus observaciones acerca de lo que piensa que ocurre en el grupo.

Mostraré la evolución de la identidad de los miembros de un grupo de adolescentes, a través de la observación de las relaciones interpersonales y de lo que expresan verbalmente. El grupo que presento está formado por cuatro chicos de 14 y 15 años de edad. Centraré la observación en dos de sus miembros, Alberto y Miriam, en los que la modificación de la identidad es más evidente y fácil de transmitir.

Presentaré a los chicos que componen el grupo tal como se muestran al inicio del mismo.

Miriam es impulsiva, su contacto es algo indiferenciado. Suele tomar la iniciativa debido, sobre todo, a su dificultad para tolerar el silencio. Despierta cierto menosprecio y provoca incomodidad en el grupo por su tendencia a la verborrea, por su forma excesivamente desinhibida de expresarse y por el contenido confuso de lo que expresa.

Alberto presenta un tartamudeo muy importante, mantiene una actitud rígida, de estar aterrorizado. No interviene nunca de forma espontánea. Hace un gran esfuerzo cuando se le propone directamente que se exprese y enrojece cada vez. Transmite una fuerte ansiedad.

Pablo establece un buen contacto personal, directo y agradable, se muestra algo tímido de entrada pero puede irse abriendo. En general, toma el papel de líder constructivo.

² S.H. Foulkes "Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios" Ed. Gedisa.

Rubén tiene un semblante muy serio, destacan sus ojeras marcadas y una voz muy ronca, se mantiene cabizbajo y se le ve asustado. Tiene momentos en los que se aísla y otros en los que se interesa y participa.

En este grupo predomina el clima de aceptación y respeto entre ellos. Reflejan, con sus expresiones faciales y miradas, la angustia que les despierta las diferencias que observan entre ellos, pero pueden dialogar sin llegar a agredirse o a ridiculizarse excesivamente.

En una de las primeras sesiones, Pablo se refiere al cambio de domicilio desde el mes de Septiembre, que ha supuesto también cambio de barrio, escuela, amigos... y que ha sentido mucho. Explica lo que le ha costado y cómo se va situando poco a poco.

Miriam relata de forma confusa una situación de incompreensión entre su madre y ella. Hablando de sus dificultades en los estudios dice: "A veces pienso que sería mejor dejar de vivir... total..." Se define como "una pesada charlatana", pero se queja de ser ella quien lleva todo el peso del grupo, ya que es la que más habla, y se enfada por esto. En una sesión amenaza con quedarse callada. Expresa así la imagen que tiene de sí misma y hasta qué punto se le hace a veces insoportable.

Rubén no sabe qué especialidad de FP escoger el próximo curso, explica que sus dos mejores amigos harán uno Electrónica y el otro Administrativo y él no sabe qué hacer.

Alberto se expresa así el primer día de grupo: "Lo que a mí me pasa es que me encuentro algo desplazado en clase, porque ya los otros eran un grupo desde pequeños". Añade, en otro momento, sentirse bien cuando está solo y serio en el patio y alguien se le acerca para preguntarle qué le pasa.

Expresa su sentimiento de ser distinto, de estar aislado, y su necesidad de que los otros se acerquen y le ayuden.

En la 4.^a sesión, cuando comentamos la finalidad del grupo en el sentido de entender más de nosotros, conocernos, muestran la relación de dependencia regresiva que predomina en el grupo, en este momento, a través de Miriam, cuando dice: “Eso... entender qué? porque a mí me dijeron que aquí aprendería a estudiar y yo no lo veo. ¿A que no? (se dirige a mí en tono de duda). ¿A que no es eso? Eso me dijo mi madre y cuando yo salí de aquí el primer día le dije: de eso nada mamá”. Aquí, Miriam no sabe qué hay que entender, y con esto expresa su escaso contacto con ella misma. El grupo quería ser “escolarizado” guiado, no crecer e independizarse.

En la 8.^a sesión el diálogo ya se establece sobre todo entre ellos, se plantean las propuestas de los adultos y dialogan acerca de su manera de reaccionar. Ahora el grupo está progresando hacia una mayor diferenciación entre sus miembros: están menos dependientes en su relación conmigo y empiezan a mostrar su capacidad de observación de sí mismos y de su entorno. Dice Pablo refiriéndose a lo que nos explicó en la sesión anterior “Ah al final no fuimos a plantar el árbol, fuimos al zoo (se le escapa la risa). Parece de pequeños ir al zoo, pero lo pasamos muy bien... nos dieron libertad para movernos...”.

Rubén: “Esto pasa a veces, los mayores proponen algo que parece para pequeños o una tontería y luego no es así... Está bien ir con la familia, yo voy mucho, pero con los amigos es mejor, te ríes más. Todos somos más parecidos”.

Miriam se refiere a una próxima excursión de un día con la escuela “Ya ves, un rollo, sólo eso, pero me he apuntado porque nos han dicho que podemos llevar cassettes al autocar... y pelota... y vamos los amigos”.

Sobre ir de colonias en Semana Santa comentan: “En casa dicen ¡Qué descanso sin ti y nosotros decimos ¡Qué descanso sin familia!”.

En la 9.^a sesión empieza a crearse un clima de mayor confianza, que muestran tanto en el contenido de lo que expresan

como en la forma más espontánea de hacerlo. Esta confianza les permite compartir más las cosas que les hacen sufrir, se pueden apoyar e incluso llegan a identificarse los unos con los otros. Después de referirse a programas de TV en que salen situaciones de ridículo y desconfianza, Alberto, serio y afectado, explica que lo pasa mal cuando se burlan de él: “Me llamó una chica diciéndome: soy tu novia. Al final dejé de hacerle caso y colgué”. Miriam dice: “Toma y a mí” y saca una nota del bolsillo que le quita Pablo con la intención de leerla en voz alta. Ella deja que Pablo la lea y observo que le gusta. Es una declaración de amor, de un chico anónimo que le pide que le llame por teléfono y le deja un número. Resultó evidente en el grupo que la intervención de Miriam apoyaba mucho a Alberto.

A la 10.^a sesión faltó Rubén. Al empezar la 11.^a sesión Pablo no ha llegado todavía y Rubén pregunta qué se hizo en la sesión anterior. Le explican de qué hablamos y Miriam añade: “Le diremos a Pablo el próximo día que te explicamos a ti lo del día anterior... qué lío, no nos acordaremos”. En este momento llega Pablo y hacen un suspiro de alivio. Miriam dice: “Menos mal, ya no nos tendremos que acordar”. El grupo, ahora, es algo de todos, y se muestran dispuestos a cuidar y conservar lo que sucede en él.

Por su parte, Miriam se muestra más diferenciada en su forma de relacionarse y de intervenir. Puede tolerar mejor los silencios y ha disminuido la confusión en el contenido de lo que expresa. Alberto sigue muy asustado, con su mirada fija en mí y los ojos muy abiertos, aunque ha ido interviniendo más a menudo de forma espontánea y ha llegado a decir alguna frase sin tartamudear.

En la 13.^a sesión Alberto, tomando la iniciativa por primera vez, habla de su interés por Gandhi: “Un hombre liberador que predicaba y ayudaba a la independencia de la India”. El tartamudeo ha cedido casi por completo, y destaca su indumentaria, ahora más propia a la de un chico de su edad. Rubén le

mira atónito, como si no acabara de dar crédito a lo que está ocurriendo. Alberto añade: “Yo tengo un problema cuando hablo, aquí hace dos semanas no podía hablar, antes se metían conmigo, se reían... ahora, en este curso, me atienden pero yo siempre pienso que se van a reír... soy yo que me siento inferior y lo paso fatal”. Alberto explica su propio sentimiento de identidad, es decir cómo se ve a sí mismo y los sentimientos en relación con esta imagen, y empieza a descubrir cómo repercuten en sus relaciones interpersonales. Expresa también su evolución favorable en la capacidad de introspección que está desarrollando.

En una de las últimas sesiones Miriam dice después de un silencio “Yo creo que nos cuesta hablar porque a mí, cuando estamos callados me parece que lo que voy a decir son tontearías... no tienen que ver y creo que los demás se van a reír”. Luego explica que subió sola a una atracción de un parque: “Era, por un lado, malo, estaba asustada, y, por otro... se estaba bien sola”. Ahora el grupo la escucha con interés y aprecio. Ella ha hecho un progreso considerable en cuanto a capacidad para observarse y también el grupo la identifica ahora de otra manera, ha habido un cambio y mejoría en la identidad que captan de ella.

Vemos cómo Miriam y Alberto han hecho cada uno su propio proceso. El trabajo terapéutico en grupo ha despertado su interés por el conocimiento de sí mismos y de su entorno. Han perdido el miedo a ser juzgados o recriminados y han podido empezar a reflexionar a cerca de cómo son, qué viven y sienten. Incluso han llegado a hacer una crítica de su identidad. Ambos han hecho un proceso hacia la diferenciación progresiva y el desarrollo de una identidad diferente y más sólida. Es interesante observar cómo la evolución de la imagen que tienen de sí mismos corre paralela a la que el resto del grupo tiene de ellos, y cómo estas modificaciones se plasman en un cambio en las relaciones interpersonales y en los roles en el grupo.

SOBRE IDENTIFICACION E IDENTIDAD SEXUAL: DATOS CLINICOS*

Mercè Mabres Boix**

En esta comunicación pretendemos presentar los datos clínicos correspondiente. al diagnóstico y al tratamiento psicoterapéutico en curso, de dos niños de 10 y 12 años atendidos en nuestro Servicio¹, con la finalidad de contrastar el tipo de identificaciones sexuales que se observan, así como las dificultades en la adquisición de una identidad sexual diferenciada. Creemos que en ambos casos existe una indiferenciación afectiva y relacional que les lleva a una indiferenciación sexual, viéndose que existen elementos confusionales con respecto a la figura materna y alejamiento respecto la paterna, que han repercutido en los procesos de proyección e introyección impidiendo el establecimiento de unas identificaciones positivas con la figura masculina que permitan la configuración de una identidad masculina diferenciada.

A pesar de las diferencias entre los dos casos, entre otras, la severidad del trastorno, vemos coincidencias que trataremos

*Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "La identidad y sus trastornos" tuvo lugar del 21 al 23 de octubre de 1994 en Toledo.

**Psicóloga colaboradora del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil de la Fundación Eulalia Torras i Beá. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

¹ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil de la Fundación Eulalia Torras i Beá. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

de exponer, con el deseo de debatir las circunstancias que pueden concurrir en el establecimiento de una identidad sexual diferenciada.

Repasando los conceptos de Identificación e Identidad vemos que éste último concepto se ha definido de diferentes maneras y resulta difícil encontrar una fórmula que abarque su amplitud y complejidad.

Tal como refieren Bassols, Beá y Coderch (1985) el sentimiento de identidad se fundamenta en la convicción de que todo sujeto tiene una identidad diferenciada que se distingue de los otros y que le permite ser siempre él mismo, a través de las diversas circunstancias y evoluciones de su vida: “yo soy yo”. Prosiguen los autores diciendo que la identidad se origina a través de las primeras relaciones de objeto, mediante los procesos de identificación proyectiva e identificación introyectiva, teniendo en cuenta que en ésta relación, el bebé no le limita a incorporar los diversos aspectos de los padres como sujeto solo receptor, sino que la identidad es el resultado de una compleja interacción en la cuál el bebé aporta su propia identidad originaria –su yo primitivo– que está influenciada por los padres, al tiempo que influye en la de ellos.

En el diccionario de Laplanche y Pontalis² se define la Identificación como el proceso psicológico mediante el cuál un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

CASO ANDRES

El primer caso es el de un niño al que llamaremos Andrés que consulta a la edad de 9 años, enviado por el E.A.P. (Equi-

² J. Laplanche y J.B. Pontalis (1987) “Diccionario de psicoanálisis”. Ed. Labor. Barcelona.

po de Asesoramiento Psicopedagógico) al que corresponde su escuela.

Presenta tics de ojos y guturales, así como comportamiento hipercinético. Tiene una hermana de 18 años que presenta también tics. Va mal escolarmente, se aísla y vive muy inmerso en la fantasía aunque sin perder el contacto con la realidad.

Le gusta disfrazarse y llamar la atención de los mayores; se siente inseguro y con muchos miedos: al ridículo, a los animales, ruidos, oscuridad... Los inicios de su vida fueron en conjunto bien aunque destaca una hipercinesia e indiferenciación que le hacían imprevisible, pudiendo llegar a situaciones como la de aparecer delante de las visitas invitados de los padres, vestido con un sujetador de la madre encima de su ropa.

Nació con los testículos en ascensor y presenta una alteración en el tamaño del pene que es más pequeño de lo que le correspondería por edad.

Esta alteración unida a las características personales que presenta hace que el endocrinólogo contemple la posibilidad de realizar un estudio del sexo genético. De momento está a la espera de que se inicie el cambio puberal para ver como incidirá éste en el desarrollo. Todo esto crea al niño una inquietud, manifiesta en situaciones como es la del vestuario de piscina.

Los padres se definen como de carácter explosivo, pero no hasta el punto de crear un mal ambiente constante. El padre es poco tolerante a los tics del chico y al apego de éste a la madre, la cual se muestra también preocupada. De ella nos destaca su tono prepotente y un lenguaje pseudointelectual, dando muestras de superioridad respecto al marido y a los hombres en general. Ambos padres están preocupados por las identificaciones que hace el niño hacia lo femenino y su posible desarrollo hacia la homosexualidad. Tiene afición al ballet y no saben si deben apuntarlo.

En la exploración su nivel de inteligencia se sitúa en la media, presentando, no obstante, dificultades instrumentales, así

como de comunicación y diferenciación. Sus dibujos son claramente femeninos por la ornamentación y la abundancia de personajes femeninos con todo tipo de detalles.

Como primera medida terapéutica se trabaja con los padres, en entrevistas, la necesidad de que el niño tenga más relación con el padre. Este a su vez se confiesa exasperado por los tics y los aspectos regresivos que presenta su hijo, que le llevan a adoptar actitudes agresivas hacia él.

Poco a poco el padre se va mostrando más colaborador y próximo al chico. También se trabaja la cuestión de que la madre pueda diferenciarse más del chico y contenerlo, creando un espacio de comunicación entre ellos dos, hasta ahora inexistente, ya que la madre se muestra muy invasiva, dominante -fálica-, provocando mucha dependencia en el chico.

Se conecta con la escuela donde se encuentran preocupados por las dificultades en el rendimiento y la clara preferencia por los juegos de niñas. A lo largo de este período de seguimiento los tics mejoran, pero vuelven a aparecer coincidiendo con el inicio del nuevo curso escolar.

Dado que persisten las dificultades a pesar de que hay cierta mejoría, se plantea una psicoterapia individual, así como una intensificación del seguimiento con los padres.

Se les indica que se dirijan a mí para el tratamiento.

Recibo a los padres y al chico en octubre del 93 cuando tiene 11 años. Los padres lo definen como extrovertido y poseyendo una parte masculina y otra femenina. El chico está callado, se inhibe totalmente, y responde de forma muy escueta a mis preguntas. Se observa cómo la madre no le da tiempo y se anticipa continuamente a sus respuestas, tomando una actitud racionalizadora frente a las dificultades del chico que justifica con elementos pertenecientes a la realidad externa. El padre, por su parte, insiste en que tiene miedo a competir y en la afición al baile tipo aeróbico y jazz, que le ha llevado a montar coreografías para niñas de la escuela.

Una vez decidido y organizado el tratamiento le atiendo con una periodicidad semanal. Dispone de una carpeta con hojas, plumier y caja de juego. En su relación conmigo se muestra inhibido y dependiente, siendo su comunicación verbal imprecisa y escueta. Observo que huele compulsivamente el material.

Presenta tics consistentes en un carraspeo, y como un inicio de frase apretujada que resulta ininteligible, más o menos conectada a la actividad que realiza. Esta suele ser de coreografías con todos los muñecos tipo clics de la caja de juego. Destaca que, a pesar de que los muñecos de su caja son personajes claramente diferenciados: padres, hijos, abuelos y bebés él los maneja como un grupo compacto de baile al que hace evolucionar de forma realmente creativa. Generalmente esta situación acaba por desplomarse; sin motivo aparente se caen o tienen un accidente. Lo tratamos de codificar para ver si es que aparece algún elemento diferenciador, la constatación del cuál, resulta intolerable. En otros momentos de la sesión efectúa dibujos de chicos en actitud adolescente, dispuestos a efectuar alguna actividad deportiva como patinaje o windsurf, o emulando a ídolos musicales. Suele acompañarlos de un sombreado que oscurece la actividad. Es como si hubiera un intento de diferenciación y adquisición de una identidad y, al mismo tiempo, apareciera una amenaza que la dificulta. Verbalmente, sin embargo, aporta alguna información de profesores o monitores del esplai al que asiste, que le proponen actividades que le ilusionan.

Vemos que existen dos aspectos muy contrastados dentro de su personalidad: una parte idealizada, indiferenciada, incluso sensorial, que se relaciona con una fuerte dependencia y, otra, más diferenciada en la que asoman identificaciones con personajes masculinos que siente como promotores de crecimiento. Todo ello va asociado a una sensación de miedo porque existe también un fuerte componente agresivo asociado a lo masculino, que creemos que no solamente está influenciado

por la realidad del padre, sino por el dominio penetrante de la madre que es agresivo por su invasividad. Pensamos que se trata de dar salida a todos estos aspectos para que puedan ser elaborados y que la agresividad pueda ser sentida como un aspecto que, bien encauzado, puede ser creativo.

Recientemente empieza a efectuar dibujos en los que aparecen personajes de los dos sexos en el inicio de la adolescencia con clara diferenciación a nivel de formas corporales que hacen pensar en que empieza a establecerse en su mente una mejor diferenciación sexual.

Para terminar esta descripción diremos que su aspecto externo es aún de latente, actualmente tiene 12 años, por su redondez debido al exceso de peso, aunque ha crecido bastante en altura.

CASO JOAQUIN

El segundo caso es el de un niño al que llamaremos Joaquín, que consulta a la edad de 4 años por presentar tartamudez. De la evolución nos destaca que solía dormir en la cama de los padres, sólo quería tomar leche con biberón y reclamaba muy a menudo estar en los brazos de la madre. Esta lo veía muy dictador, exigiendo ser el centro de atención. Jugaba a cocinitas y a muñecas. Hacía rabietas frente a la frustración. Presentaba miedo a la oscuridad y era muy movido.

Se efectuó una exploración en la que se vieron dificultades intelectivas y en el lenguaje, pero lo que más destacaba era el alto nivel de ansiedad de tipo psicótico que le hacía vivir la exploración de forma persecutoria, defendiéndose con una actitud muy controladora e indiferenciada. En las entrevistas de seguimiento con los padres se observó la tendencia de la madre a culpabilizarse y proteger al niño. Se trataba de una persona fóbica y supersticiosa con aspecto frágil e inseguro, que contrastaba con el padre de aspecto firme y decidido, y con

una profesión que implica autoridad y que le obliga a ausentarse a menudo de casa, circunstancia que tanto Joaquín como su hermano de 14 años aprovechan para dormir con la madre, aunque creemos que ella también lo propicia.

Se planteó efectuar el tratamiento pero no llegó a realizarse en aquel momento pues, si bien lo. padres siguieron preocupados por la afición a las muñecas y los disfraces de hadas de Joaquín, como aspectos que pudieran desembocar en homosexualidad y travestismo, creían también que estos síntomas decrecían, así como también el tartamudeo.

En cambio en la escuela le veían ausente del grupo, que llegaba a prescindir de él. Su relación era de apego al adulto pero desinteresándose, al mismo tiempo, de las propuestas que éste le hiciera.

La madre negó esta información diciendo que la relación con los otros niños era del todo normal. En cambio le observaban terrores nocturnos muy acentuados.

Se recomendó intensificar el seguimiento para trabajar la relación madre-hijo de manera que hubiera unos límites diferenciadores y que la figura paterna pudiera estar más presente en la mente de la madre y del niño.

Al año, finalmente, se decide volver a recomendar tratamiento psicoterapéutico dado que la evolución está relativamente estancada.

Recibí a los padres y al niño hace año y medio cuando éste tenía 8 años. En este primer contacto conmigo su actitud fue de negación. de cualquier problemática del niño, por lo que, resumiendo, les remití de vuelta a la persona de seguimiento. Al cabo de poco tiempo les volví a ver y entonces sí que me pudieron hablar de todo lo que les preocupaba.

Explicaron que Joaquín pasaba muchas horas frente al TV y se obsesionaba por anuncios como por ejemplo de detergente, y por temas sexuales. “Se fija en cosas sexuales como

pechos en la playa, en revistas y en TV”. “Habla de penes introducidos en vaginas”. “En el colegio las niñas le buscan para que les haga tocamientos a la salida”. El chico al oír todo esto se tapó las orejas como avergonzado y no intervino directamente en la entrevista, pero expresó su inquietud pidiendo ir al lavabo. Los padres aprovecharon su ausencia para decirme que el niño me “odiaba” porque no le daba juguetes como lo había hecho la psicóloga que le exploró con anterioridad. Al volver, el niño pidió los pendientes a la madre y se los puso sin que los padres se extrañaran por ello. Su imagen me impactó. Tenía ante mi un niño con aspecto desvalido, con unos pendientes de bisutería grandísimos que le sobresalían de la cabeza y le daban un aspecto de travestido.

Le vi muy indiferenciado y poco contenido por los padres, que adoptaban su discurso al pie de la letra y se sometían a todas las exigencias del niño. Acordamos empezar a razón de una vez por semana y que ellos, por su parte, seguirían las visitas de seguimiento con el doctor que les atendió.

El chico se presentó al tratamiento con un discurso evacuatorio, muy fragmentado e indiferenciado, que expresaba ansiedades confusionales y persecutorias.

Como explicación a su primer dibujo dijo: “una vez había un drogadicto que se estaba pinchando y vino la policía y el guardia le tiró las esposas y le tiró la cuerda a las manos (...) y había un pajarito que tenía mucho miedo y el sol se puso muy enfadado al pegar al drogadicto porque quería salvar a la niña que se llamaba Judith”.

Este discurso iba alternado con verborrea sobre temas sexuales, a los que se enganchaba mostrando una gran confusión y falta de represión. Esta actitud planteaba la posibilidad de que quizás en parte estaba imitando al hermano adolescente, a falta de una aceptable identificación con el padre.

Con frecuencia gesticulaba contorneando la mano pudiendo decir con voz afeminada: “me gusta Entrevistó, me gusta el

pecho...". Hacía dibujos de personajes femeninos, sexualmente exuberantes, que alternaba con otros sexualmente indiferenciados a los que atribuía poderes amenazantes y que representaba como magos, brujas y hadas. En estos personajes proyectaba aspectos omnipotentes que mantenía muy disociados y que actuaban a modo de defensa frente a su realidad interna de niño muy necesitado y lleno de miedos.

Se mostraba muy curioso respecto a mi vida privada reaccionando de forma intrusiva y con temor al abandono al imaginarme vinculada a otras personas. También buscaba el contacto físico y erotizado lo que me obligaba a ponerle límites.

A lo largo del tratamiento su relación conmigo ha ido modificándose, volviéndose menos intrusiva y sensorial, aceptando los límites y expresando sus dificultades para aceptar que los padres y el hermano tuvieran su cuidado íntimo y privado, en el que él no puede entrar.

Muestra aún muy poco pudor al hablar de las partes del cuerpo, y expresa miedo y confusión sobre su funcionamiento, pero también mucha excitación que precisa de unos límites que le permitan ejercer sobre sí mismo una mayor contención.

Por otro lado está empezando a jugar con niños, practicando algún deporte del que antes se mantenía completamente alejado como es el fútbol.

OBSERVACIONES A LOS CASOS

Ya para terminar quisiera comentar algunas diferencias y similitudes entre estos dos casos a modo de estímulo para la discusión de este tipo de problemáticas.

En el caso de Andrés vemos cómo no ha desarrollado espacio para el intercambio de proyecciones e introyecciones. La madre es muy invasiva con lo que favorece los aspectos pasivos y dependientes. El padre está muy desvalorizado, por tanto constituye un objeto susceptible de identificación negativas.

L. y R. Grinberg (1993)³ al ocuparse de este tema señalan que el papel del padre es igualmente fundamental al de la madre para consolidar la identidad de su hijo varón, ofreciéndose como modelo de identificación para el niño en sus aspectos masculinos. Añade que para ello, resulta imprescindible que su presencia sea regular y constante y –lo que es esencial– que sus roles de hombre en la pareja matrimonial y de padre en el ámbito familiar, no queden desdibujados o excluidos por la intervención de una esposa-madre dominante y castradora. Creemos que en el caso que nos ocupa la madre establece un dominio narcisista sobre el hijo quedando el padre en segundo término, el cual a su vez se autoexcluye de la relación con el chico al no tolerar sus dificultades. Estas actitudes favorecen el repliegue del chico en sí mismo delegando en los demás e inhibiéndose en la relación y en el aprendizaje.

Por otro lado está el factor constitucional –micropene–, que comporta cierta ambigüedad sexual y quizás puede tener relación con tendencias femeninas de origen genético. Su afición al ballet no nos parece un elemento significativo por sí mismo, pero sí nos llama la atención la forma cómo expresa este tema, como si de algo prohibido se tratara.

En el caso de Joaquín existe una gran erotización y confusión en la relación madre-hijo. La madre es una persona fóbica que se siente muy sola y necesitada, se adhiere a los hijos, y no puede establecer unos límites a su intimidad. El padre está poco presente en la mente del niño por lo que no resulta un elemento suficientemente diferenciador. Esta situación dificulta el juego de proyecciones e introyecciones que permitan identificaciones claras. En su lugar vemos que existe una invasión mutua.

Por otro lado la erotización y la falta de represión normal en la relación, hacen que el niño se adhiera a aspectos parciales

³ L. y R. Grinberg (1993) "Identidad y Cambio". Ed. Paidós. Barcelona.

de la sexualidad, lo que contribuye a una insuficiente diferenciación de su identidad sexual.

El primer caso se mueve dentro de un registro neurótico, ya que presenta una personalidad fóbica y dependiente –en la que de todos modos destacan los aspectos creativos–, frente a los aspectos direrenciadores que empiezan a despuntar y que son vividos como una amenaza.

El segundo caso lo vemos más a un nivel psicótico por su falta de contención y predominio de lo confusional, las ansiedades tienen una tonalidad fóbica mucho más desconectada de la realidad, estableciendo un tipo de relación intrusiva en la que no existen límites ni frente al mundo externo propio ni al de los demás.

Los dos casos se apartan de la bisexualidad evolutiva del período de latencia, existiendo una dificultad en las identificaciones por falta de espacio en la interacción self-objeto materno y por la carencia del objeto padre.

También en los dos casos la pareja padre-madre está poco integrada y diferenciada en la mente del niño produciéndose un apego de características simbióticas con la madre como objeto más total en el primer caso, y más parcial en el segundo, estableciéndose en ambos casos un tipo de relación que no favorece la evolución.

Estas constelaciones familiares –madre dominante o invasiva y padre desvalorizado o ausente– han sido descritas en muchos casos de homosexualidad, al punto de llegar a parecer el antecedente edípico favorecedor de esta evolución. De todos modos sabemos que constelaciones familiares parecidas se dan en niños que no evolucionan hacia la homosexualidad o el travestismo. Además tenemos presente que estamos valorando unos factores que son los visibles y detectables en las entrevistas exploratorias o en la exploración en cualquier modalidad, incluido el tratamiento, y que muchos factores que

participan en la relación y en la evolución escapan a la captación exploratoria resultando, por lo tanto, que no podemos evaluar su influencia. Entre estos factores que de momento desconocemos estaría el factor constitucional o genético, del que sabemos hoy en día muy poco.

Con esta comunicación he tratado de compartir una experiencia clínica poco frecuente y, por lo mismo, poco publicada. Se trata, no solamente de la psicopatología y tratamiento de dos niños que presentan rasgos similares que hacen pensar en homosexualidad y travestismo, sino de las diferencias de estructura y gravedad entre ambos, y de sus diferentes posibles evoluciones. Sería un ejercicio interesante imaginar, según la experiencia clínica de cada uno de nosotros, a estos niños en su edad adulta. Otro camino sería la investigación a partir de la anamnesis en la edad adulta.

BIBLIOGRAFIA:

BASSOL, BEÀ Y CODERCH (1985) La identitat i els seus límits. Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol. 11. N.º 2

J. LAPLANCHE Y J. B. PONTALIS.(1987) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Ed. Labor.

R. GRINBERG (1993) Identidad y Cambio. Barcelona: Ed. Paidós

**CUESTIONARIO "SYMPTOM CHECK-LIST".
EVALUACION DE LOS TRASTORNOS PSICO-
FUNCIONALES DE LA PRIMERA INFANCIA***

**C. Robert-Tissot, S. Rusconi-Serpa,
J.-P. Bachmann, G. Besson, B. Cramer, D. Knauer,
M. de Muralt, F. Palacio, D.N. Stern**

En este capítulo se presenta un nuevo cuestionario¹ para la evaluación cuantitativa y cualitativa de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia desde las 6 semanas a los 30 meses. En esta franja de edad, los trastornos psicofuncionales son relativamente frecuentes y los pediatras están acostumbrados a estos problemas limítrofes con la medicina somática. Desde un punto de vista bastante ampliamente compartido, pensamos que hay una relación entre los trastornos funcionales del niño menor de tres años y las perturbaciones o conflictos relacionales entre el niño y los padres. Esta hipótesis teórica esta basada en muchos trabajos que ilustran la eficacia terapéutica, a veces espectacular, de las intervenciones funda-

*Artículo traducido con permiso de los autores. Publicado por la Ed. Es-hel y Editions Médecine et Higiène. Ginebra 1989, "La valoración de las intervenciones precoces con los bebés".

Traductor: Xabier Tapia (Psicólogo clínico) y Helena Senra (Psicólogo clínico).

¹ Nota: Este instrumento ha sido valorado en el servicio de psiquiatría infantil (Dr. B. Cramer). Instituciones Universitarias de Psiquiatría de Ginebra, y dentro del marco de un proyecto de investigación que se beneficia de una subvención del Fondo Nacional de la Investigación Científica Suiza. Deseamos agradecer a H. Shubert su inapreciable colaboración.

mentadas en el lugar y la significación que adquiere el síntoma del niño en la organización relacional padres-niños (Kreisler, Fain y Soule 1974; Kreisler, 1981; Lebovici, 1983 (a); Cramer, 1985; Cramer y Stern 1988).

Como afirma Lebovici, la psiquiatría del niño trata, en buena parte, del estudio de los trastornos psicofuncionales (Lebovici, 1983 (b)). Estos trastornos representan un problema de salud mental que hasta hoy no ha recibido toda la atención deseable. Hay numerosas preguntas que no tienen respuesta actualmente. Por ejemplo, no se conoce la naturaleza ni la incidencia ni la gravedad de los trastornos de una población que consulta en un servicio de psiquiatría infantil, en comparación con una población de la misma edad que no consulta. No se conoce ni la tasa de remisión espontánea de estos trastornos, ni su valor predictivo, y menos aún la evolución ulterior de los niños, tanto tratados como no tratados. El desplazamiento de los síntomas, tantas veces mencionado, no ha dado lugar a ninguna investigación sistemática. Finalmente, la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas apenas si ha superado el estadio de los estudios de casos individuales. La elucidación de estos importantes temas desde diferentes ángulos (política asistencial, formación, elección de las intervenciones) depende en gran parte, de la elaboración de nuevos instrumentos de evaluación.

Por lo que respecta a los trastornos psicofuncionales de la primera infancia, se puede hacer una revisión de la literatura de la siguiente manera:

- Hasta ahora se ha hecho hincapié en la clasificación de estos trastornos, bien en términos puramente fenomenológicos (DSM-III), bien en referencia a la etiología (ICD-9 GAP), incluyendo el punto de vista del desarrollo (ROIPHE y GALENSON, 1981; MISES Y JEAMMET 1984; CALL, 1987);

- En las numerosísimas contribuciones referidas al estudio del diagnóstico y del tratamiento de síntomas particulares (cólicos, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, etc.), se constata que los autores utilizan procedimientos elaborados para las propias necesidades de un estudio particular cuyos detalles no se han publicado. Muy a menudo, la lista de las manifestaciones sintomáticas así como la historia del trastorno son recogidas durante el transcurso de una entrevista con los padres (ver como ejemplo SAUVAGE y al., 1982; CHATOOR y al., 1987; FERBER, 1987).

Así pues, no existe, a nuestro entender, ningún instrumento publicado que permita evaluar el conjunto de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia de una forma sintética, fiable, y que permita hacer comparaciones. Precisamente, por esta razón, hemos elaborado el cuestionario “Symptom checklist”, a fin de llenar esta laguna e iniciar así estudios de evaluación, comparativos y epidemiológicos.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO “SYMPTOM CHECK-LIST”

Historia del instrumento

Esta versión que publicamos aquí es el resultado de un trabajo de equipo de larga duración. Ha sido sometida a varias revisiones en función de las sugerencias, comentarios y críticas tanto de clínicos, desde su práctica, como de investigadores, desde la fase de preparación y aplicación del instrumento. Las principales discusiones se han centrado en tres puntos:

1. El número y la naturaleza de los apartados a incluir en el cuestionario a fin de cubrir los trastornos psicofuncionales observados antes de los 30 meses, sin desli-

zarse hacia el conjunto de los trastornos del comportamiento y del desarrollo propios de este periodo (por ejemplo la adquisición de la limpieza, los trastornos del lenguaje, etc.);

2. La forma de obtener informaciones precisas y comparables sin caer en un interrogatorio demasiado seco, y la forma de conseguir un equilibrio entre preguntas abiertas y preguntas cerradas, o respuestas cualitativas y respuestas cuantitativas;
3. La propia formulación de las preguntas, para que resulten accesibles para cualquier tipo de población y que sean comprendidas de manera idéntica por los diferentes usuarios.

Concepción y características generales

En cuanto a la forma, el cuestionario que proponemos se compone de diferentes tipos de preguntas. Comprende preguntas cerradas (con elección de una respuesta sobre una escala preestablecida), preguntas abiertas, preguntas de elección múltiple (número de respuestas limitado) y preguntas denominadas "cafetería" (lista de respuestas abiertas) (DE KE-TELE 1983). Las primeras evalúan la presencia, la frecuencia, la intensidad y la duración de las manifestaciones sintomáticas del niño durante las 4 últimas semanas. Los otros tres tipos de preguntas ofrecen información acerca de la historia de los trastornos, las circunstancias de aparición, las explicaciones propuestas por el entorno, las reacciones y los intentos por remediar los trastornos. La presencia de preguntas abiertas (y de elección múltiple) permite mantener el aspecto de una entrevista y posibilitan la participación de la madre. Las preguntas cerradas aseguran la recogida de datos fácilmente explotables.

En cuanto al contenido de las preguntas, resulta imposible citar todos los trabajos y contribuciones que, además de la experiencia clínica, han jugado un papel en la elaboración del cuestionario. Sin embargo quisiéramos mencionar los trabajos acerca del temperamento (CAREY, 1972), el carácter (BALLEY-GUIER, 1979) y el soporte social (STERN, no publicado).

En cuanto instrumento clínico, y en comparación con otros instrumentos de evaluación tales como la entrevista, la observación directa o los test psicológicos, la técnica del cuestionario presenta un cierto número de ventajas. En primer lugar se trata de un procedimiento simple, económico y eficaz para la recogida de información. El cuestionario proporciona un cuadro exhaustivo de una situación al tiempo que permite identificar rápidamente los problemas más destacados. Más que juicios globales lo que hace es resaltar los comportamientos específicos, máxime teniendo en cuenta que las preguntas se refieren a un periodo preciso de tiempo. Sin embargo el cuestionario nos informa tanto sobre las opiniones, creencias y actitudes de los padres como sobre sus comportamientos declarados. Por lo tanto las respuestas obtenidas reflejan a la vez tanto el comportamiento real del niño como la manera como percibido por el que responde al cuestionario (EDELBRÖCK, 1987). En este sentido, tocamos otro aspecto consciente de la representación que tienen del niño los padres o el entorno. Finalmente, el cuestionario es también un instrumento de comunicación entre profesionales en la medida en que sistematiza y resume las informaciones.

En cuanto instrumento de investigación, la técnica del cuestionario puede ser utilizada con diversos fines, para describir, predecir, evaluar (o diagnosticar) el comportamiento de un individuo o de una población, e igualmente para emitir y verificar hipótesis (DE KETELE, 1983). Tanto la validez como la fiabilidad de un cuestionario se pueden medir siguiendo los procedimientos habituales. Asimismo un cuestionario puede ser estandarizado sobre la base de muestras representativas de

una o varias poblaciones². Por otra parte, las respuestas obtenidas en el cuestionario se pueden transformar fácilmente en puntuaciones cuantitativas, lo que lo convierte en un instrumento privilegiado para la medida de los cambios en el tiempo o posteriores a una intervención. Así pues el cuestionario propuesto puede resultar útil para cualquier investigación longitudinal, epidemiológica o de evaluación de intervenciones.

Procedimiento

El procedimiento está descrito al final del capítulo, en los apéndices a y b (instrucciones). El entrevistador intenta establecer un clima de confianza con la madre. Inicialmente se interesa por lo que la madre piensa de su hijo, por lo que hace o ha hecho y por lo que ella propone como explicación de los trastornos. Intenta obtener una descripción de los hechos a fin de poder “visualizar” las situaciones problemáticas y su desarrollo. No hace referencia a normas ni da consejos, pero en caso de necesidad insiste en las diferencias interindividuales. Recuerda tantas veces como sea necesario que las respuestas deben referirse a las cuatro últimas semanas pero sin despreciar lo que la madre transmite sobre períodos anteriores.

El entrevistador plantea las preguntas en orden³ y anota las respuestas de la madre. En caso de que el niño no presente síntomas referidos a los primeros apartados y que la madre se impacienta, el entrevistador recuerda que se trata de un inventario completo y que lo que preocupa a la madre va a ser

² Paralelamente a la investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé; estamos realizando, en colaboración con el Servicio de Ayuda y Asistencia Comunitaria (SASCOM) de Ginebra, una investigación epidemiológica sobre la naturaleza, la incidencia y la evolución de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia en una población Tout venant. Los datos recogidos en estas dos investigaciones van a ser utilizados para la validación del cuestionario “Symptom Check-List”.

³ Disponemos de una versión resumida del cuestionario “Symptom Check-List” para las evaluaciones post-tests

abordado en su debido momento. Cuando el síntoma principal del niño no se refiere ni al sueño ni a la alimentación, el entrevistador puede continuar libremente la investigación sobre todos aquellos aspectos no incluidos en el presente cuestionario y anotar todas las informaciones útiles.

Para facilitar las respuestas de la madre se le ofrecen tarjetas para todas las preguntas cerradas o de elección. Estas tarjetas llevan el mismo contenido que el cuestionario.

Apartados y preguntas

El cuestionario "Symptom Check-List" comprende 84 preguntas que permiten explorar los siguientes aspectos: sueño, alimentación, digestión, respiración, piel, alergias, comportamiento, miedos, separación, recurso a cuidados médicos y cambios en la vida del niño.

El reparto de las preguntas en función de los ámbitos es diferente. Refleja la distribución de los motivos de consulta registrados por el servicio de psiquiatría infantil antes del comienzo de la investigación. La alta frecuencia de niños señalados por trastornos de sueño y de la alimentación explica la investigación más detallada de estos dos apartados:

- **El sueño** (preguntas 1 a 18) cubre los trastornos a la hora de dormirse, los despertares nocturnos, los horarios y el ritmo del sueño, las siestas y el humor al despertar, el ritual en el momento de acostarse⁴, los miedos y pesadillas, así como las prácticas parentales en estas circunstancias.
- **La alimentación** (preguntas 19 a 46) se refiere al horario y a la duración de las comidas, las variaciones en cuanto a la cantidad de alimento ingerido, las preferencias y

⁴ Los rituales a la hora de dormirse recogidos en la investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé están siendo estudiados en colaboración con N. BAUME y J. FROIDEVEAUX (Facultad de Psicología y de las Ciencias de la Educación, Universidad de Ginebra).

los rechazos alimenticios, los rituales, las reacciones y la introducción de nuevos alimentos, las regurgitaciones y vómitos, así como los comportamientos y reacciones del entorno ante estas manifestaciones. (qué hace la madre si el niño no termina de comer, si rechaza la comida, etc.).

- **La digestión** (preguntas 54 a 58) se refiere a la frecuencia de los cólicos, dolores de vientre, estreñimiento y diarreas.
- **La respiración** (preguntas 59 a 63) se refiere a la frecuencia e intensidad de las crisis de asma, a su desarrollo y a las intervenciones consiguientes, así como al espasmo del llanto.
- **La piel** (preguntas 64 a 69) se refiere a la duración y a la intensidad de las crisis de eccema así como a las zonas del cuerpo afectadas y al tratamiento prescrito.
- **Las alergias** (pregunta 69) cubren la intensidad y la frecuencia de las alergias alimenticias, respiratorias, cutáneas u otras.
- **El comportamiento** (preguntas 71 a 76) cubre la frecuencia, la intensidad y las circunstancias de la aparición de los accesos de cólera, de los hábitos (balancearse, golpearse la cabeza, etc.), los episodios de oposición y de agresividad. Los miedos (preguntas 77 a 80) cubren la naturaleza, la frecuencia y la intensidad de los miedos, la manera en que se manifiestan y las circunstancias de aparición. Se investiga la existencia de fobias
- Hay algunas preguntas de **orden general sobre la talla y el peso** (preguntas 47 a 53) que completan la investigación de los diferentes trastornos psicofuncionales.

Hemos añadido dos apartados más. Apoyándonos en constataciones empíricas pensamos que una población clínica que consulta en un servicio de psiquiatría infantil, presenta síntomas comparables a los de una población que no consulta,

pero de la que se diferencia por el consumo elevado de cuidados médicos.

- **El recurso a los servicios médicos** (pregunta 70) podría permitir evaluar, entre otras, esta hipótesis comparando los resultados obtenidos en una población clínica (investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé) y no clínica (investigación epidemiológica). Finalmente, nos hubiese gustado tomar en consideración la red social de la familia, la ayuda que puede esperar de su entorno así como el conjunto de los factores de stress emocional y económico ligados a las circunstancias personales o familiares. Informaciones de este tipo permitirían evaluar hipótesis alternativas o complementarias en cuanto a los factores explicativos de los cambios en la relación madre-niño.
- Tanto para permanecer dentro de un límite de tiempo razonable como para no salir del tema central del cuestionario, nos hemos limitado a los **cambios de personas que se encargan del cuidado del niño, a los cambios de horarios y del marco de vida del niño** (preguntas 80 a 83).

Codificación de las respuestas

A las respuestas cerradas (en total 50) que informan sobre la frecuencia, duración, e intensidad de los trastornos psicofuncionales, se les adjudica una puntuación de 1 a 5 puntos. La nota 1 se atribuye a la ausencia (nunca o casi) de manifestaciones y a las cortas duraciones (casi enseguida). Se atribuye la nota 5 a las frecuencias elevadas (siempre o casi), a una gran intensidad y a largas duraciones. Las notas 2, 3, 4 se atribuyen a las frecuencias, intensidades y duraciones intermedias. Es preciso señalar que, dada la ausencia del valor 0, tanto la frecuencia como la intensidad de una manifestación no presentada por el niño se anotan con 1 punto cada una. Todas

las indicaciones para la transformación de las respuestas en puntuaciones numéricas se encuentran en el apéndice C, al final del capítulo.

El análisis de las puntuaciones puede ser objeto de diferentes tratamientos estadísticos: índices de tendencia central y dispersión de las puntuaciones por apartados (sueño, alimentación, etc.); índices de tendencia central y dispersión de las puntuaciones para el conjunto de respuestas al cuestionario. Se pueden realizar análisis sobre las puntuaciones obtenidas por un individuo o una muestra de individuos. Los tests de significación se aplican a la comparación de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en diferentes evaluaciones y a la comparación de las puntuaciones obtenidas por diferentes muestras.

Las preguntas abiertas y de elección múltiple proporcionan informaciones ricas pero difíciles de sintetizar y de comparar. Su explotación sistemática exige un análisis de contenido como el que hemos mencionado a propósito de los rituales a la hora de dormirse. Dentro del marco de la investigación que estamos realizando, estas informaciones son útiles para la discusión del caso y la indicación de psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

BALLEYGUIER G.: Test pour l'évaluation du caractère de l'enfant et des attitudes éducatives de l'entourage, Issy-les-Moulineaux, ESP, 1979.

CALL J.: "Psychiatric syndromes of infancy", In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V p. 242-262.

CHATOOR I., DICKSON L., SCHAEFER S., EGAN J.: "A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment», In Drotal D.: New directions in failure to thrive: research and clinical practice, New York Plenum, 1985, p. 235-258.

CAREY W.B.: "Measuring infant temperament", *Pediatr.*, 1972; 81 414-430.

CRAMER B.: "Psychothérapies du nourrisson », In Lebovici S., Diatkine R, Soulé M.: "Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent". Paris, PUF, 1985.

CRAMER B. STERN D.: " Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study", *Infant Mental Health Journal*, 1988; 9 (1): 20-45.

DE KETELE J.-M. "Méthodologie de l'observation". Louvain. laboratoire de pédagogie expérimentale, université catholique, 1983.

EDELBROCK C.: "Behavioral check-lists and rating scales" In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V, p. 153-164.

FERBER R.: Assessment procedures for diagnosis of sleep disorders in children, In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V, p. 185-193.

KREISLER L. FAIN M., SOULÉ M.: "L'enfant et son corps". Paris, PUF, 1974.

KREISLER L.: "L'enfant du désordre psychosomatique", Toulouse, Privat, 1981.

LEBOVICI S.: (a): "Pour une clinique de l'interaction" Perspectives psychiatriques, 1983; 90:15-21.

LEBOVICI S.: (b): "Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions précoces", Paris, Le Centurion, 1983.

MISES R., JEAMMET P.: "La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", *Confrontations psychiatriques*, 1984; 24: 251-274.

ROIPHE H., GALENSON E.: "Infantile origins of sexual identity", International Universities Press, 1981.

SAUVAGE D., GONZALES A.M., LARMANDE C., LEDDET I., BARTHÉLEMY C.: "Les troubles fonctionnels du premier trimestre observés à l'hôpital", *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 1982 ; 30 (4-5): 193-196.

APENDICE A

SYMPTOM CHECK-LIST:INSTRUCCIONES

1. OBJETIVO

Este cuestionario debe permitir disponer de un cuadro de síntomas funcionales y de su evolución para cualquier tipo de población consultante desde las 6 semanas a los 30 meses. Puede ser propuesto a la madre, o a los dos padres, o a cualquier persona que cuide al niño.

IMPORTANTE

Hay que tener presente a lo largo de la prueba, que el interés prioritario se centra en el cuadro presentado por el niño *durante el último mes*, y secundariamente en la aparición y en las manifestaciones de síntomas anteriores. Por tanto las anotaciones cuantitativas deben siempre referirse al último mes.

Recordar que no se trata tanto de aprehender una realidad objetiva ej.: dificultades para dormirse, alimentación insuficiente...) sino de saber cómo percibe la madre la salud y el comportamiento de su hijo.

2. PROCEDIMIENTO GENERAL

- Este cuestionario en la medida de lo posible, debe administrarse de una vez. (Duración aproximada 45 minutos). Puede administrarse en presencia del niño o sin él.
- Las preguntas se hacen en el orden indicado. El entrevistador lee las preguntas y apunta él mismo las respuestas de la madre.
- A cada pregunta con un número romano en el margen, le corresponde una tarjeta en la que la madre elige su respuesta. (Respuesta cuantitativa de 1 a 5)
- Para cierto número de preguntas (9a, 14, 22, 23a, 23b, 25, 27, 32, 32a, 34b, 62, 77a, 77b) en las que las madres deben elegir entre varias posibilidades o indicar lo que hacen más a menudo, se les proponen tarjetas para facilitarles sus respuestas.

- Para las preguntas abiertas (Por ejemplo 4, 28, 72, 73) intentar conseguir una descripción detallada que pueda “visualizarse” y anotar lo más fielmente posible las palabras exactas de la madre.
- Las preguntas 12* y 35* las rellena el entrevistador inmediatamente después de la entrevista, sobre la base de a las respuestas a las preguntas 4, 9, 10, 11, 12, 19, 21, 28, 34, 35 y de su impresión general.

3. CONSIGNA

INICIO

“Le voy a hacer algunas preguntas concretas sobre la salud y el comportamiento de su hijo, referidas a diferentes aspectos de la vida de un bebé. (sueño, alimentación, etc.)”.

PRESENTACION DE LAS TARJETAS DE ELECCION

(tarjetas1-5)

Mostrar a la madre la Tarjeta I y explicar el *principio* de correspondencia entre las cifras y las respuestas, subrayando la posibilidad de *2 respuestas intermedias*. Indicar que se sigue el mismo principio para otras preguntas.

APENDICE B

Nombre y apellidos:.....

Código:..... Evaluación:.....

Fecha nacimiento:..... Fecha evaluación:.....

Edad:..... Evaluador:.....

SYMPTOM CHECK-LIST*

(F.- 2.89)

EVALUACION DE LOS TRASTORNOS PSICOFUNCIONALES DE LA PRIMERA INFANCIA

SUEÑO

1. *Acuesta* a su hijo/a siempre a la misma hora, tenga sueño o no, en el último mes?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | 1/4 de hora arriba-abajo |
| 2 | |
| 3 | hora arriba-abajo |
| 4 | |
| 5 | más de 1 hora arriba-abajo |

2. Cuando acuesta a su hijo/a por la noche, *¿le cuesta dormirse?*

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Todas o casi todas las noches. |
| 2 | |
| 3 | Una noche cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca. |

* Cuestionario "Symptom Check-List". Evaluación de los trastornos funcionales en la primera infancia. Autores: C. Robert-Tissot, S. Rusconi-Serpa, J.-P. Bachmann, G. Besson, B. Cramer, D. Knauer, M. de Muralt, F. Palacio, D.N. Stern.

3. ¿Por qué le cuesta dormirse a su hijo/a, según Vd.?

.....

4. A menudo los niños tienen un pequeño “*ceremonial*” para meterse en la cama y dormirse (por ejemplo cantar una canción, dejar la puerta entreabierta, etc.). Si es el caso de su hijo/a ¿puede describir cómo hace al acostarse?

.....

- 4a. ¿Cuándo ha comenzado el ceremonial?

.....

- 4b. ¿Se ha modificado el ceremonial y cómo?

.....

5. ¿Tiene la impresión de que su hijo/a *tiene miedos* en el momento de acostarse o dormirse durante el último mes?

1	Todas o casi todas las noches
2	
3	Una noche cada dos
4	
5	Nunca o casi nunca

II

- 5a. ¿Tiene idea de qué tiene miedo su hijo/a?

.....

- 5b. ¿Cómo lo manifiesta?

.....

- 5c. ¿Cuándo han comenzado los miedos?

.....

6. ¿Ha tenido su hijo/a *pesadillas* por la noche durante el último mes?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Todas o casi todas las noches |
| 2 | |
| 3 | Una noche cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |

II

6a. ¿Cómo ocurre?

.....

7. ¿Se *despierta* su hijo/a por la noche durante el último mes?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | |
| 3 | Una vez cada dos noches |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |

III

8. En una noche corriente, ¿cuántas veces de despierta su hijo/a como promedio durante el último mes?

veces por noche.

9. Los padres tienen a menudo “trucos” para *volver a dormir* a su hijo/a, como por ejemplo cantar una canción, dar el chupete o reprender suavemente. ¿Qué hace Ud?

.....

9a. En la lista de abajo, ponga 1 delante de lo que hace Vd. más a menudo, después 2, etc., luego tache lo que no hace nunca.

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dar el chupete |
| <input type="checkbox"/> | Acunar |
| <input type="checkbox"/> | Reprender suavemente |
| <input type="checkbox"/> | Dar el biberón / el pecho |
| <input type="checkbox"/> | Cantar una canción |
| <input type="checkbox"/> | No hacer nada y esperar |
| <input type="checkbox"/> | Meterlo a la cama de los padres |
| <input type="checkbox"/> | Hablarle en tono enfadado |
| <input type="checkbox"/> | Jugar |
| <input type="checkbox"/> | Dar golpecitos |
| <input type="checkbox"/> | Acariciar |
| <input type="checkbox"/> | Otros |

10. Cuando su hijo/a se *despierta* (durante la noche o en los períodos habituales de sueño) ¿le ocurre tener que hacer algo para que se vuelva a dormir?

1 Siempre o casi siempre

2

- III 3 Una vez o cada dos noches

4

5 Nunca o casi nunca

11. ¿Cuánto *tiempo* necesita su hijo/a, en general, para volver a dormirse cuando se despierta por la noche?

1 Casi enseguida

2 Alrededor de 15 minutos

- IV 3 Alrededor de 30 minutos

4 Alrededor de 1 hora

5 Más de 1 hora

12. Ciertos niños tienen un despertar “difícil”; se ponen de mal humor, re-funfuñan, lloran. ¿Es el caso de su hijo/a?.

1 Cada despertar o casi

2

- III 3 Una vez o cada dos

4

5 Nunca o casi nunca

12a. Si es el caso de su hijo/a, ¿suele pasar?

.....

12b. ¿Por qué según Ud?

.....

12c. ¿En qué despertares es más frecuente?

.....

- 12*. Evaluación del sistema madre-niño a propósito del sueño (a rellenar sobre la base de las preguntas 4, 9, 10, 11, 12).

Variaciones dentro la normalidad	
Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea	
Sistema francamente disfuncional	

13. ¿Su hijo/a duerme la *siesta* durante el último mes?

EN CASA		EN LA GUARDERIA		
VIII	<input type="checkbox"/> 1	Todos los días	<input type="checkbox"/> 1	Todos los días
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	Uno cada dos.	<input type="checkbox"/> 3	Uno cada dos.
	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.

13a. Si su hijo/a duerme la siesta, ¿cuánto dura por termino medio?.

EN CASA		EN LA GUARDERIA		
V	<input type="checkbox"/> 1	Al rededor de media hora	<input type="checkbox"/> 1	Al rededor de media hora
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	Casi 1 hora.	<input type="checkbox"/> 3	Casi 1 hora.
	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	Más de 1 hora	<input type="checkbox"/> 5	Más de 1 hora

13b. Si no, ¿cuánto tiempo hace que su hijo/a no echa ya la siesta?

.....

.....

14. ¿En qué habitación *duerme su hijo/a por la noche* durante el último mes?

- Una habitación con un hermano o hermana
- En la habitación de los padres
- En el salón.
- En su propia habitación
- En la cocina
- En el hall

15. Si salen de casa, (vacaciones, visitas), ¿su hijo/a se acuesta y duerme como en casa?

- Sí
- No

15a. Si no es así, ¿qué suele pasar?

.....

.....

16. ¿Señale las horas durante las cuales su hijo/a está habitualmente dormido durante el último mes?

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

EN CASO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

17. ¿Desde cuándo tiene problemas de sueño su hijo/a?

.....

17a. ¿Cómo han comenzado los problemas?

.....

18. Estos problemas, ¿son importantes ciertos días de la semana?

.....

ALIMENTACION

19. Durante el último mes, su hijo/a come en general

- Demasiado.
 Más o menos suficiente.
 Demasiado poco.

20. ¿Señale las *horas* en las que su hijo/a es alimentado durante el último mes?

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

21. ¿Cuál es la duración aproximada de la comida (principal).

- Entre 5 y 30 minutos
 Entre 30 y 60 minutos
 Menos de 5 ó más de 60 minutos

22. He aquí algunas *maneras* que tienen los niños de alimentarse. ¿Cuál es la más parecida a lo que hace su hijo/a durante el último mes?

- Come casi siempre la misma cantidad
 Come cantidades muy variables de una comida a otra
 Por temporadas las cantidades son regulares y por temporadas variables

23a. ¿Da de comer o biberón a su hijo/a entre las comidas?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | A menudo |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

23b. ¿En qué circunstancias?

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cuando grita |
| <input type="checkbox"/> | Cuando se aburre. |
| <input type="checkbox"/> | Para distraerle de algo |
| <input type="checkbox"/> | Durante las comidas de la familia |
| <input type="checkbox"/> | Para no ser molestado |
| <input type="checkbox"/> | Como recompensa |
| <input type="checkbox"/> | Como juego |
| <input type="checkbox"/> | Otros |

24. ¿Quién da generalmente de comer a su hijo/a durante el último mes?

.....

.....

25. ¿Qué hace su hijo/a si es la hora de comer y no se ocupan todavía de darle su comida? Da a entender que tiene hambre?, ¿cómo?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Grita vigorosamente, patalea y está rabioso. |
| <input type="checkbox"/> | Llora con insistencia |
| <input type="checkbox"/> | Llora un poco |
| <input type="checkbox"/> | Llama y gime |
| <input type="checkbox"/> | No hace nada |
| <input type="checkbox"/> | Dice que tiene hambre |

26. Durante el último mes, ¿su hijo/a es alimentado únicamente por la persona que se ocupa de él, o *participa* también él de una manera u otra en la comida?

- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |

27. Su hijo/a participa de alguna manera en su comida. (Respuesta a elegir):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sosteniendo su biberón |
| <input type="checkbox"/> | Bebiendo del vaso o la taza |
| <input type="checkbox"/> | Tomando la cuchara ya llena para llevarla a su boca |
| <input type="checkbox"/> | Comiendo él solo con la cuchara |
| <input type="checkbox"/> | Comiendo con sus dedos |

28. Algunos niños tienen necesidad de un cierto “*ceremonial*” para comer, por ejemplo “hacer el avión”, “una cuchara para papá, una para mamá” “en una postura determinada”, etc. Si es el caso de su hijo, ¿puede describir qué ocurre?

.....

.....

29. Este ceremonial debe ser utilizado:

- En todas las comidas; si no, no come
- Únicamente en la comida principal
- De vez en cuando, para jugar

30. ¿Su hijo/a come de todo?

- Sí
- No

31. Si tiene *preferencias alimentarias*, ¿puede describirlas brevemente?

.....

.....

32. He aquí algunas maneras que tienen los niños de reaccionar a la introducción de *nuevos alimentos* (zumos, purés, papillas, verduras, etc.). ¿Cuál es la más parecida a las reacciones habituales de su hijo/a?

- 1 Traga todo sin rechistar
- 2 La primera vez, hace muecas, escupe la comida, pero después de algunos intentos se acostumbra.
- 3 Incluso tras varios intentos continua rechazando gran parte de los nuevos alimentos

- 32a. Cómo ha reaccionado:

- Al paso de pecho / biberón
- Al primer líquido (zumo de naranja)
- Al primer sólido (papilla).
- A los sólidos no familiares (verduras, carnes).

(Por cada apartado escoger entre las reacciones 1 ,2 y 3).

- 1 Traga todo sin rechistar
- 2 La primera vez hace muecas, escupe la comida, pero después de algunos intentos se acostumbra.
- 3 Incluso tras varios intentos continua rechazando la mayor parte de los nuevos alimentos

33. ¿Su hijo/a rechaza la comida?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

33a. RECHAZA LOS LIQUIDOS

33b RECHAZA LOS SOLIDOS

VI	<input type="checkbox"/>	1	Cada comida o casi	<input type="checkbox"/>	1	Cada comida o casi
	<input type="checkbox"/>	2		<input type="checkbox"/>	2	
	<input type="checkbox"/>	3	Una comida cada dos	<input type="checkbox"/>	3	Una comida cada dos
	<input type="checkbox"/>	4		<input type="checkbox"/>	4	
	<input type="checkbox"/>	5	Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	5	Nunca o casi nunca

34a. ¿Insiste Vd. para que *termine* su biberón o su comida?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

34b. ¿Qué hace cuando su hijo/a rechaza comer, o come verdaderamente *demasiado poco*? Ponga 1 delante de lo que hace más a menudo, 2 detrás de lo siguiente, etc. Tache lo que no hace nunca.

<input type="checkbox"/>	Hacer varias pausas durante la comida
<input type="checkbox"/>	Intentar distraer al niño y darle de comer jugando
<input type="checkbox"/>	Forzarle de vez en cuando a abrir la boca
<input type="checkbox"/>	Pillarle por sorpresa
<input type="checkbox"/>	Pedir a otra persona (padre, hermano) que le dé
<input type="checkbox"/>	Dejarlo solo delante de su plato hasta que lo termine
<input type="checkbox"/>	Reprenderlo bastante severamente
<input type="checkbox"/>	Prometerle un pequeño premio
<input type="checkbox"/>	Advertirle que será castigado

34c. Si Ud. insiste, en caso de dificultad para que el niño coma, ¿qué pasa?, ¿cómo reacciona el niño?

.....

.....

35. ¿Qué le parece a Vd. el momento de la comida con su hijo/a?

<input type="checkbox"/>	Un rato agradable
<input type="checkbox"/>	Un rato desagradable
<input type="checkbox"/>	Un momento como otro cualquiera

35a. ¿Puede describir la peor comida durante el último mes?

.....

.....

35*. Evaluación del sistema madre-niño a propósito de la alimentación (a rellenar sobre la base de las preguntas 19, 21, 28, 33, 34, 35).

Variaciones dentro la normalidad	
Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea	
Sistema francamente disfuncional	

36. Su hijo/a, ¿*mete cosas in habituales* en la boca?

- Sí
 No

Si es así ¿Cuáles?¹

.....

44. ¿Su hijo/a *regurgita o escupe* durante la comida?

- 1 En todas las comidas o casi
 2
 VI 3 Una vez cada dos
 4
 5 Nunca o casi nunca

45. ¿Su hijo/a *vomita* durante las comidas?

- 1 En todas las comidas o casi
 2
 VI 3 Una vez cada dos
 4
 5 Nunca o casi nunca

46. ¿Su hijo/a *guarda* la comida un cierto tiempo en la boca, o la vuelve a subir (mericismo)?

- Sí
 No

¹ NOTA DEL EDITOR: El cuestionario inicial pasa de esta cuestión a la n.º 44.

47. Peso de nacimiento

48. Peso actual.....

49. Talla al nacer

50. Talla actual.....

51. ¿Gana peso regularmente?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

52. ¿Tiene problemas de peso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

53. ¿Va aumentando su altura regularmente?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

DIGESTION

54. ¿Su hijo/a tiene *dolor de tripas* durante o después de las comidas?

VI	1	En todas las comidas o casi	
	2		
	3		Una vez cada dos
	4		
	5		

55. ¿Su hijo/a llora como si tuviera *dolor de tripas* durante y después de una comida y especialmente por la tarde?

VI	1	En todas las comidas o casi	
	2		
	3		Una vez cada dos
	4		
	5		

56. ¿Su hijo/a es *estreñido*?

VII	1	Muy a menudo		
	2		Bastante a menudo	
	3			De vez en cuando
	4		Raramente	
	5			

57. ¿Su hijo/a tiene diarrea?

- | | | |
|-----|---|--------------------|
| VII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | Bastante a menudo |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | Raramente |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

58. Las diarreas duran en general.

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 día |
| <input type="checkbox"/> | 2-3 días |
| <input type="checkbox"/> | 1 semana o más |

RESPIRACION

59. ¿Su hijo/a tiene *asma*?

- | | | |
|------|---|--------------------|
| VIII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

60. Las crisis son:

- | | | |
|----|---|------------------------|
| IX | 1 | Muy intensas. |
| | 2 | |
| | 3 | Medianamente intensas. |
| | 4 | |
| | 5 | Poco intensas. |

61. ¿Puede describirnos qué ocurre en una crisis?

.....

.....

62. Las crisis terminan generalmente con:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tratamiento en el hospital |
| <input type="checkbox"/> | Tratamiento médico en casa |
| <input type="checkbox"/> | Otro tratamiento en casa |
| <input type="checkbox"/> | Sin tratamiento |

63. ¿Le ocurren a su hijo/a ataques en los que *retiene la respiración* y/o cambia de color o pierde el conocimiento?

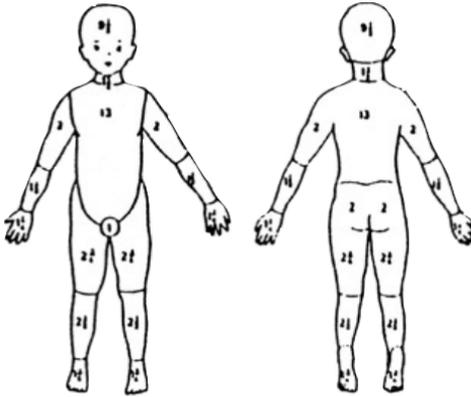
- | | | |
|------|---|--------------------|
| VIII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

PIEL

64. ¿Su hijo/a tiene *eczema*?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

65. Si es así, indique sobre los dos esquemas de abajo la(s) zona(s) del cuerpo habitualmente afectada(s).



66a. ¿Cuál es la duración de las crisis de *eczema*?

1	1 ó 2 días
2	
3	Alrededor de una semana
4	
5	Crónica

67b. ¿Cuál es la intensidad de estas crisis?

	1	Fuerte
	2	
X	3	Media
	4	
	5	Débil

68. ¿La toma de medicamentos ha sido necesaria durante el último mes?

1	No medicación
2	
3	Pequeños medicamentos
4	
5	Cortisona, antibióticos

ALERGIAS

69. ¿Su hijo/a tiene *alergias*?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Para cada alergia señalada, evaluar la intensidad y frecuencia de las manifestaciones:

69a ALIMENTACION		69b RESPIRATORIAS		69c CUTANEAS		69d OTRAS	
1	Fuerte	1	Fuerte	1	Fuerte	1	Fuerte
2		2		2		2	
3	Media	3	Media	3	Media	3	Media
4		4		4		4	
5	Ligera	5	Ligera	5	Ligera	5	Ligera

X

RECURSO A SERVICIOS MEDICOS

70. ¿Cuántas veces ha consultado en el último mes a un médico por las razones siguientes:

	A Tratamiento SIN medicación	B Tratamiento CON medicación	C Hospita- lización	D Régimen alimenticio	OTROS
Sueño					
Alimentación					
Digestión					
Asma					
Piel					
Alergias					
Control de rutina					
Accidentes					
Enfermedades benignas					
Enfermedades sin diagnóstico					

Indique en la columna correspondiente el número de consultas para cada apartado.

COMPORTAMIENTO

71. Durante las 4 últimas semanas, ¿su hijo ha tenido *crisis de cólera*?

71a FRECUENCIA

VII	1	Muy a menudo
	2	Bastante a menudo
	3	De vez en cuando
	4	Raramente
	5	Nunca o casi nunca

71b INTENSIDAD

X	1	Fuerte
	2	
	3	Media
	4	
	5	Débil

72. ¿En qué circunstancias se manifiestan estas crisis?

.....

.....

73. Si su hijo/a tiene ciertas costumbres que le inquietan (por ejemplo balancearse, golpearse la cabeza) ¿puede describirnos éste o estos comportamientos?

.....

.....

74. Durante estas cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido esta costumbre?

	74a FRECUENCIA		74b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo	3	De vez en cuando	4	Raramente	5	Nunca o casi nunca		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media	4		5	Débil
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo																					
	3	De vez en cuando																					
	4	Raramente																					
5	Nunca o casi nunca																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media																						
4																							
5	Débil																						
		X																					

75. Durante las cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido momentos de *oposición y negativismo*?

	75a FRECUENCIA		75b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo.</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando.</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente.</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca.</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo.	3	De vez en cuando.	4	Raramente.	5	Nunca o casi nunca.		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media.</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil.</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media.	4		5	Débil.
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo.																					
	3	De vez en cuando.																					
	4	Raramente.																					
5	Nunca o casi nunca.																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media.																						
4																							
5	Débil.																						
		X																					

76. Durante las cuatro últimas semanas ¿su hijo/a ha tenido momentos de *agresividad*?

- Con Ud., o la familia;
- Con otros niños.

	76a FRECUENCIA		76b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo.</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando.</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente.</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca.</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo.	3	De vez en cuando.	4	Raramente.	5	Nunca o casi nunca.		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media.</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil.</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media.	4		5	Débil.
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo.																					
	3	De vez en cuando.																					
	4	Raramente.																					
5	Nunca o casi nunca.																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media.																						
4																							
5	Débil.																						
		X																					

MIEDOS /TIMIDEZ

77. ¿Su hijo/a tiene miedos?

	VII 77a FRECUENCIA	X 77b INTENSIDAD
La noche, la oscuridad		
Ciertos animales		
Máquinas.		
Ruidos repentinos		
Personas extrañas		
Situaciones nuevas		
Soledad		
Otros		

78. Por cada respuesta afirmativa a la cuestión 77, puede indicar *desde cuándo* ha aparecido ese miedo, *cómo se manifiesta* y *qué hace* Ud. en esta situación.

a) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

b) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

c) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

79. ¿Fobia con evitación sistemática de situaciones?

Sí
 No

80. Durante las cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido momentos de *timidez* o de *rechazo del contacto*?

80a FRECUENCIA

VII	1	Muy a menudo
	2	Bastante a menudo.
	3	De vez en cuando.
	4	Raramente.
	5	Nunca o casi nunca.

80b INTENSIDAD

X	1	Fuerte
	2	
	3	Media.
	4	
	5	Débil.

SEPARACION

81. ¿Su hijo/a tiene *dificultades de separación*? (precisar las circunstancias y la época de aparición).

	81a FRECUENCIA		81b INTENSIDAD
	<input type="checkbox"/> 1 Muy a menudo		<input type="checkbox"/> 1 Fuerte
	<input type="checkbox"/> 2 Bastante a menudo.		<input type="checkbox"/> 2
VII	<input type="checkbox"/> 3 De vez en cuando.	X	<input type="checkbox"/> 3 Media.
	<input type="checkbox"/> 4 Raramente.		<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5 Nunca o casi nunca.		<input type="checkbox"/> 5 Débil.
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

CAMBIOS

82. Durante el último mes, ¿ha habido algún cambio de personas que se encargan regularmente de las siguientes actividades de su hijo/a? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
Dar el desayuno		
Dar la comida		
Dar la merienda		
Dar la cena		
Meter a la cama		
Despertarle y levantarle de la cama		
Ir a ver si se despierta		
Bañarle		
Vestirle		
Desvestirle		
Leerle cuentos		
Jugar con él		
Pasear con él		

83. Durante el último mes, ¿ha habido cambios de horario para las actividades siguientes? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
La hora del desayuno		
La hora de la comida		
La hora de la cena		
La hora de la merienda		
La hora de despertarse		
La hora de acostarse		
La hora del baño		
La hora de la siesta		
La hora de los juegos		
La hora del paseo		

84. ¿Durante el último mes ha habido *cambios en el entorno* del niño en las situaciones siguientes? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
La cama donde niño duerme el niño		
La habitación donde duerme		
La cama o la habitación donde echa la siesta		
La habitación donde juega		
La habitación donde es cambiado		
La casa donde vive		
La habitación donde come		
El lugar de los juegos fuera de casa		
Las personas que viven en la misma casa		

APENDICE C

2	LE CUESTA DORMIRSE	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
5	MIEDOS AL ACOSTARSE	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
6	PESADILLAS	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
7	DESPERTARES NOCTURNOS (en las últimas 4 semanas)	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
8	NUMERO DE DESPERTARES POR NOCHE	PUNTUACION
	0 Veces.	1
	1 vez de cuando en cuando.	2
	1 - 2 veces.	3
	2 -3 veces.	4
	3 veces o más	5

11	TIEMPO PARA VOLVERSE A DORMIR	PUNTUACION
1	Casi enseguida	1
2	Alrededor de 15 minutos	2
3	Alrededor de 30 minutos	3
4	Alrededor de 1 hora.	4
5	Más de una hora.	5

12	DESPERTAR DIFICIL	PUNTUACION
1	Cada despertar o casi.	5
2		4
3	Una vez o o cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

12*	SISTEMA MADRE-HIJO (evaluar a partir de las preguntas 4, 9, 10, 11, 12).	PUNTUACION
	Variaciones dentro de la norma.	1
	Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea.	3
	Sistema francamente disfuncional	5

ALIMENTACION

19	CANTIDAD	PUNTUACION
	Demasiado.	5
	Más o menos suficiente.	1
	Demasiado poco.	5

21	DURACION DE LA COMIDA	PUNTUACION
	De 5 a 30 minutos.	1
	De 30 a 60 minutos.	3
	Más de 60 minutos o menos de 5	5

29	FRECUENCIA DEL CEREMONIAL (Condición necesaria)	PUNTUACION
	En todas las comidas	5
	Unicamente en la comida principal.	3
	De vez en cuando para jugar	1

33a	RECHAZO A BEBER LIQUIDOS	PUNTUACION
1	Cada comida o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

33b	RECHAZO A COMER SOLIDOS	PUNTUACION
1	Cada comida o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

35	COMIDA PERCIBIDA COMO	PUNTUACION
	Un rato desagradable	5
	Un rato agradable	1
	Un rato como los demás.	1

35*	SISTEMA MADRE-HIJO (evaluar a partir de las preguntas 19, 21, 28, 34 y 35)	PUNTUACION
	Variaciones dentro de la norma.	1
	Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea.	3
	Sistema francamente disfuncional	5

45	VOMITOS	PUNTUACION
1	En todas las comidas o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

DIGESTION

54	DOLOR DE TRIPAS	PUNTUACION
1	En todas las comidas o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
56	ESTREÑIMIENTO	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
57	DIARREA	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

RESPIRACION

59	ASMA, FRECUENCIA	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
60	ASMA, INTENSIDAD	PUNTUACION
1	Muy intensa.	5
2		4
3	Medianamente intensas.	3
4		2
5	Poco intensas.	2
	Ausentes	1
62	ASMA, TRATAMIENTO	PUNTUACION
	Tratamiento en el hospital.	5
	Tratamiento médico en casa.	4
	Otro tratamiento en casa.	2
	Sin tratamiento	1

PIEL

65	EXTENSION DEL ECZEMA (Adición de N zonas)	PUNTUACION
	Ausentes o 0	1
	Presente	1 + N
66a	DURACION DE LAS CRISIS	PUNTUACION
	Ausente.	1
	1 ó 2 días.	2
	Alrededor de 1 semana.	3
	Crónica.	5
67b	INTENSIDAD DE LAS CRISIS	PUNTUACION
	1 Fuerte.	5
	2	4
	3 Media.	3
	4	2
	5 Débil	2
	Ausente	1
68	MEDICACION	PUNTUACION
	1 No medicación.	1
	3 Pequeños medicamentos.	3
	5 Cortisona, antibióticos	5

ALERGIAS, INTENSIDAD

69a	ALIMENTARIAS	PUNTUACION
	1 Fuerte	5
	2	4
	3 Moderadas, persistentes.	3
	4	2
	5 Ligeras, ocasionales.	2
	Ausentes	1
69b	RESPIRATORIAS	PUNTUACION
	1 Fuerte	5
	2	4
	3 Moderadas, persistentes.	3
	4	2
	5 Ligeras, ocasionales.	2
	Ausentes	1

69C	CUTANEAS	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Moderadas, persistentes.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes	1

69d	OTRAS	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Moderadas, persistentes.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

COMPORTAMIENTO

71a	CRISIS DE COLERA, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

71b	CRISIS DE COLERA, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

74a	COSTUMBRES, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

74b	COSTUMBRES, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

75a	OPOSICION Y NEGATIVISMO, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

75b	OPOSICION Y NEGATIVISMO INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

76a	AGRESIVIDAD, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

76b	AGRESIVIDAD, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

MIEDOS/TIMIDEZ

77	MIEDOS (ANOTAR EL N.º DE MIEDOS O DE SITUACIONES ANSIOGENAS DIFERENTES)	PUNTUACION
	Ausente o cero. Ausente o Muy a menudo.	1
	Presente	1+N

77a	MIEDOS FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

77b	MIEDOS INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

79	FOBIA CON EVITACION SISTEMATICA DE LAS SITUACIONES (evaluar a partir de 77, 77a y 77b)	PUNTUACION
	Máximo	5
	Ausente	m

80a	TIMIDEZ, RECHAZO DEL CONTACTO, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

80b	TIMIDEZ, RECHAZO DEL CONTACTO, INTENSIDAD.	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

81a	DIFICULTADES DE SEPARACION FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

81b	DIFICULTADES DE SEPARACION, INTENSIDAD.	PUNTUACION
<input type="checkbox"/>	1 Fuerte	5
<input type="checkbox"/>	2	4
<input type="checkbox"/>	3 Media.	3
<input type="checkbox"/>	4	2
<input type="checkbox"/>	5 Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

RECURSO A LOS SERVICIO MEDICOS

70	COSTUMBRES, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/>	A Tratamiento sin medicación. N.º consultas x 2
<input type="checkbox"/>	B Tratamiento con medicación. N.º consultas x 4
<input type="checkbox"/>	C Hospitalización. N.º consultas x 5
<input type="checkbox"/>	D Régimen alimenticio. N.º consultas x 1
.....		
	Ninguna consulta.0
	Puntuación total
<input type="checkbox"/>	Otras consultas
.....		

SEPARACIONES/CAMBIOS

82	CAMBIOS DE PERSONAS	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5
83	CAMBIOS DE HORARIOS	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5
84	CAMBIOS EN EL ENTORNO	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5

