

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IX CONGRESO NACIONAL Sevilla, noviembre 1995

“SUFRIMIENTO CORPORAL Y DESARROLLO PSÍQUICO: ENFERMEDAD Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA”

- | | |
|--|--|
| R. HENNY | Metapsicología de la violencia. |
| B. CRAMER | Evolución psicológica de pacientes con enfermedades somáticas muy graves en la primera infancia. |
| M. SOULE | Aproximación psicodinámica a la neonatología |
| L. M. FEDUCHI | El adolescente y la violencia. Reflexiones clínicas |
| L. ESCARIO | Familia y violencia: los padres maltratados. |
| F. PANTOJA GARCIA | Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores. |
| C. CULEBRO FERNANDEZ
y M. MENDOZA BERJANO | Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis. |
| M. R. TARRAGO RIVEROLA | Síndrome de Münchhausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico. Valoración psicodinámica de la psicopatología parental. |
| M. IGNACIO ROCA | Posibilidades de crecimiento en la enfermedad |
| N. BEA TORRAS | Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico en un niño gemelo. |
| G. SETO MUSQUERA | La no aceptación y elaboración de la evolución personal y del sufrimiento psíquico dificulta la evolución psíquica. |
| E. DIO BLEICHMAR | Trauma y/o teoría traumática de la neurosis.
* * * * |
| PH. JEAMMET | La identidad y sus trastornos en la adolescencia |
| P. F. KERNBERG | Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual. |

N.ºS 19/20¹⁹⁹⁵

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

Alberto Lasa Zulueta (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 Catalá (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (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.

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IX CONGRESO NACIONAL Sevilla, noviembre 1995

“SUFRIMIENTO CORPORAL Y DESARROLLO PSIQUICO: ENFERMEDAD Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA”

R. HENNY	Metapsicología de la violencia.	5
B. CRAMER	Evolución psicológica de pacientes con enfermedades somáticas muy graves en la primera infancia.	25
M. SOULE	Aproximación psicodinámica a la neonatología	39
L. M. FEDUCHI	El adolescente y la violencia. Reflexiones clínicas	47
L. ESCARIO	Familia y violencia: los padres maltratados.	59
F. PANTOJA GARCIA	Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores.	73
C. CULEBRO FERNANDEZ y M. MENDOZA BERJANO	Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis.	91
M. R. TARRAGO RIVEROLA	Síndrome de Münchhausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico. Valoración psicodinámica de la psicopatología parental.	109
M. IGNACIO ROCA	Posibilidades de crecimiento en la enfermedad.	115
N. BEA TORRAS	Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico en un niño gemelo.	125
G. SETO MUSQUERA	La no aceptación y elaboración de la evolución personal y del sufrimiento psíquico dificulta la evolución psíquica.	133
E. DIO BLEICHMAR	Trauma y/o teoría traumática de la neurosis. * * * *	143
PH. JEAMMET	La identidad y sus trastornos en la adolescencia.	161
P. F. KERNBERG	Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual.	179

N.ºS 19/20 1995

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

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

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

D. L.: BI-1383-95

METAPSICOLOGIA DE LA VIOLENCIA*

R. Henny**

I. AGRESIVIDAD

Lamento no poder dirigirme a Uds. en su lengua. Es necesario que les pida tener la paciencia de escuchar algo que será desplazado en la traducción que les será dada con posterioridad.

Querría continuar con lo que acaba de decir el Presidente agradeciéndole en primer lugar su amable acogida. Quiero también, situándolo en cabeza de esta exposición, recordar que el sufrimiento es un hecho propio del hombre. Hecho propio del hombre en su encuentro con el otro, con el objeto como nosotros acostumbramos a decir; objeto que no puede corresponder a su deseo, deseo situándose siempre inalcanzable más allá de cualquier posibilidad de satisfacción. Pero si esta pasivización respecto al otro es manifiesta, también esta pasivización sucede en el sujeto, el sujeto mismo es pasivo dentro del orden de su economía pulsional: El sujeto sufre su pulsión y de ahí es conducido inevitablemente a padecer, incluso en las mejores condiciones.

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

Traducción de la ponencia realizada por José Antonio Vicente. Psiquiatra.

** Catedrático emérito de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Lausana (Suiza).

El concepto mismo de agresividad está marcado por la ambigüedad. Debemos referirnos aquí al ensayo publicado en 1920, "Más allá del Principio del Placer", en donde en una revisión fundamental de la metapsicología Freud introduce la dualidad pulsional pulsión de vida - pulsión de muerte y en el mismo movimiento, elabora la segunda tópica estructural del aparato psíquico. Sabemos que esta revisión del pensamiento de Freud no carece de interacciones con su evolución personal, con su sufrimiento, que le obliga a situar cada vez más lejos un movimiento que le posee pero también, y con esto volvemos al problema del sujeto y del objeto, en las interacciones con el espectáculo del mundo en el que participa, la guerra, la muerte de sus familiares y amigos, el derrumbamiento del imperio, los horrores de la guerra del 14-18.

Si situamos este ensayo al comienzo de nuestra reflexión de hoy es para recordar también que si bien representa un movimiento epistemológico que se podría calificar de organizador del pensamiento de Freud, "el cambio" de los años 20, es a la vez la conclusión de toda su reflexión anterior, es la reafirmación del principio económico fundamental ya formulado en "Introducción a una Psicología Científica": el de la tendencia del aparato psíquico a descargarse de las tensiones hasta su forma más absoluta, la tendencia al cero, es decir; a la muerte, con una abertura a una metateoría que quedará siempre ambigua sobre los fundamentos del narcisismo –¿estructura o estado?– y en la serie conceptual que va desde la satisfacción al principio del placer y de ahí al principio de Nirvana y a la muerte

Retornando sobre sí mismo, Freud se extraña de haber empleado tantos años en descubrir la idea misma de pulsión de muerte. De hecho, historiador de su propia evolución, minimiza todas las adquisiciones que concluyen en esta elaboración

Es evidente a lo largo la lectura de su obra, que la agresividad es una dimensión dinámica que nunca a desdeñado. De hecho en su relectura es probablemente más fácil comprender y utilizar la noción de hostilidad tal como ha sido definida por

Freud en la primera parte de su obra, es decir antes de 1920, que en la segunda parte en la que la pulsión de muerte no corresponde a la definición misma del concepto metapsicológico que intentamos precisar en el curso de este Congreso. Podemos intentar recordar aquí las principales articulaciones del pensamiento de Freud que conciernen a la moción agresiva en el curso de su elaboración metapsicológica. Durante un largo periodo pensó que la agresividad caracterizaba toda pulsión en su lucha por lograr la descarga. Es la noción de un empuje, una actividad que es además, próxima del concepto etimológico: *Adgressi*: dirigirse hacia. En esta primera parte de su obra es útil recordar que Freud desarrolla una perspectiva económica que describe bien esto que intentamos definir en este Congreso. Se trata de un quantum de energía, una función excitativa, que tiende a descargarse del sujeto hacia el objeto.

Estamos lejos de una perspectiva de odio destructor. Es en esta idea que en los estudios sobre la histeria, concibe el traumatismo generador de la neurosis: la seducción. Se trataba para él de una primera forma de agresión sexual, sufrida por el sujeto contra su voluntad, pero desencadenando un placer que a la vez el sujeto se prohibía violentamente. Nos encontramos de repente confrontados con la mezcla¹ pulsional agresividad - libido, entramado que marca toda la clínica psicoanalítica. A nivel del seductor hay trabazón del movimiento libidinal con el de la tendencia a la realización, la agresividad, el sujeto no tomando en absoluto en cuenta la emoción del objeto. Directamente connotado por esta asociación de movimientos de amor y de dominio desemboca con la *Traumdeutung*, en 1900, en la dualidad del amor y del odio a nivel del complejo de Edipo en el que, para el niño por ejemplo, los deseos de muerte contra el padre (frecuentemente desplazados sobre los hermanos y

¹ N. del T.: "Intrication": intrincación, enredo, entramado: el término utilizado por Freud, "mezcla" sugiere también el modo y las posibles interacciones de ambos componentes.

hermanas), son sistemáticamente reencontrados tanto en los sueños de Freud mismo como en los de sus pacientes.

En 1905, en “Tres Ensayos”, las posiciones han evolucionado poco. Nota que las pulsiones crueles tienen fuentes que son completamente independientes de la sexualidad pero que pueden estar en conexión con ella. En el segundo ensayo en particular, Freud precisa y yo lo cito: “La crueldad, factor del instinto sexual, es en su desarrollo aún más independiente de la actividad sexual ligada a las zonas erógenas. El niño está en general inclinado a la crueldad, porque la necesidad de posesión no está frenada por la percepción del sufrimiento del otro”.

Este breve texto muestra que Freud pensaba ya en el carácter de la pulsión puesto que cita su origen: las zonas erógenas. ¿Cuál es la fuente de la pulsión agresiva?, esta es una pregunta que nos es planteada aún hoy mismo.

Se ve claramente que la elaboración freudiana contiene ya desde el comienzo de su obra una idea y una reflexión sobre la agresividad como fundadora de la patología. Es preciso señalar aquí, desde el punto de vista de la historia del movimiento psicoanalítico, en 1908, la oposición de S. Freud a la elaboración de Adler, de un instinto de agresión del Yo. Esta polémica probablemente ha perturbado y enlentecido su propia elaboración.

Desde “Tres ensayos”, Freud habla de la pulsión de apoderamiento, concepto que será retomado más tarde en 1915. Debemos extrañarnos de esta concepción, conceptualización de una forma pulsional nueva, cuando toda su antropología tendía a una dualidad que debía fundar el conflicto, de una parte los instintos del Yo y de otra parte la libido. La pulsión de apoderamiento está fundada sobre la concepción misma de los instintos del Yo y apuntaría a la conquista y a la posesión del objeto. Su fuente, su conexión corporal se haría a nivel de la musculatura: En el niño esta pulsión se expresaría en los juegos de lucha del cuerpo a cuerpo y de la competición. Podría

también expresarse en una necesidad de dominar, incluso exteriorizarse en una crueldad que aún no lo es tal, porque el sujeto (el niño pequeño), es aún incapaz en una total ausencia de identificación de percibir el sufrimiento del otro.

Estas concepciones han sido retomadas con Hendrich, citado por la Laplanche en la descripción de un “Instinct to master”. Esta perspectiva ha sido retomada mucho más tarde por Evelyne y Jean Kestemberg en lo que ellos han designado como el placer de funcionamiento. Se trata no tanto de un dominio más o menos salvaje del objeto, sino por reflexión de este movimiento, de un dominio de si mismo, y quizás más por un interés que por un investimento² de ciertas formas de funcionamiento muscular de lenguaje o de operatividad, de un intento de superar ciertos obstáculos ligados a la inmadurez y a la fragilidad del Self del niño, lo que probablemente, Piaget definiría como una “acomodación”. Pero la pulsión de apoderamiento en la idea de Freud está esencialmente dirigida hacia el exterior y trata de alcanzar el triunfo a pesar del medio adverso. Es claramente la agresividad en forma de combatividad. Volveremos sobre esta concepción aquí expuesta es decir la de un movimiento neutralizado, si Uds. quieren, no el aspecto destructor, si no creador y positivo de la agresividad. Así es descrito como tal por los psicoanalistas estructuralistas que hablan de “desagresivización”.

Hemos hecho este desvío, exterior a la historia del pensamiento de Freud porque pensamos que es a partir de estos trabajos precoces que se desemboca entre sus epígonos, en concepciones de una forma de agresividad próximas a la etimología misma del significante, mientras que en la continuación de su elaboración metapsicológica el concepto se enri-

² N. del T. Investir: Posee una connotación energética: Acto que tiende a la toma de posesión bien sea de naturaleza militar, financiera o de una dignidad.

Interés: Lo que importa o es útil para uno mismo (Petit Larousse).

quece al mismo tiempo que se complica con nuevas perspectivas dinámicas. No hay de hecho textos de Freud que no hagan alusión de una forma más o menos masiva al problema de la hostilidad. Es la hostilidad del pequeño Hans hacia su padre y de sus deseos sádicos hacia su madre, de toda la elaboración perversa del hombre de las ratas confrontado a sus deseos de muerte cruel hacia su padre o incluso hacia la mujer que ama. En 1913 en “Predisposición a la neurosis obsesiva”, Freud reconsidera toda la parte agresiva y sádica de las relaciones objetales pregenitales.

Este recuerdo histórico podrá aparecer quizás ocioso particularmente a los que conocen bien la obra Freudiana. Pienso no obstante que es imposible de captar el contenido mismo del concepto de agresividad en la metapsicología psicoanalítica sin retornar sobre este movimiento de reflexión diacrónica. Poco antes de la revisión de 1920 publica en 1915 un artículo muy importante para nuestra tema que es “Pulsiones y Destino de Pulsión”. Retomará en 1924, nueve años más tarde los mismos temas en “El problema económico del masoquismo”. Estos dos trabajos centrados sobre el tema de la agresividad son separados por el “cabo”³ de 1920, con la creación del concepto mismo de la pulsión de muerte y de la segunda tópica. No obstante ambos están muy próximos uno del otro y es aconsejable releerlos juntos. La perspectiva dinámica es no obstante diferente. En 1915 el movimiento hostil es dirigido al exterior y a costa del objeto, mientras que en 1924 Freud habla de un movimiento primariamente reflejado sobre el Yo, es decir que a través la elaboración del concepto de pulsión de muerte surge la concepción pesimista del hombre habitado por un movimiento masoquista primario auto-destructor y mortífero.

Podemos retomar aquí la argumentación de Jean Laplanche en “Vida y muerte en psicoanálisis”, que intenta analizar

³ N. del T. En el sentido del navegante que bordea y supera una gran dificultad encontrada en su itinerario.

las vacilaciones de la investigación de S. Freud separando conceptualmente los términos de agresividad y de sadismo. J.L. nos expone que para ceñirse a los términos conceptuales, en la agresividad se trataría de un movimiento no sexual, mientras que en el sadismo se trataría claramente de una erotización de la moción agresiva.

La pregunta que se plantea de entrada es de saber si se puede imaginar un tiempo en el desarrollo del hombre en el que no hubiera de una manera o de otra intrincación entre agresión y libido, ligazón pulsional con la cuál nos encontramos regularmente confrontados en el cuadro de la clínica psicoanalítica. Al fin de su obra S. Freud nos recuerda que no hay situaciones en las que no se lleve a cabo una mezcla entre las dos mociones pulsionales.

Los hechos muestran incluso en los casos en los que la tendencia a la destrucción del otro o de si mismo es absolutamente manifiesta, en los que el furor destructivo es el más ciego, que una satisfacción libidinal siempre puede estar presente. Satisfacción sexual vuelta hacia el objeto o “goce narcisista”. (“Malestar en la Cultura”).

Laplanche no deja de plantearse este mismo problema cuando postula que en estos casos se trata de una cierta forma de la pulsión de dominio en los que la tendencia a imponerse al objeto se inscribiría en el campo de los instintos del Yo, de la autoconservación, lo que implicaría una relación de fuerzas por las cuales en niño tiende a imponerse, a dominar, a utilizar el objeto pero al comienzo al menos sin tratar ni desear hacerle sufrir. Infligir o soportar el dolor sería el índice de la libidinización y nos encontraríamos entonces reenviados a la idea del sadismo. En verdad poco importa que este tiempo exista, que sea fugaz o incluso idealizado. Este niño, fuerza natural, se sirve del objeto sin tratar de hacerle sufrir, ya que no es esto lo que persigue. El sujeto trata de realizar sus fines sin que la destrucción sea buscada por si misma como igualmente tampoco es tenida en cuenta la subjetividad del otro, es de-

cir su dolor, y aún menos el goce encontrado ante su sufrimiento. Es importante aquí recordar esta posición, probablemente paradigmática, que sería la única a delimitar una agresividad que se podría calificar de pura.

Al mismo tiempo sabemos que toda movilización energética, toda activación, que toda puesta en marcha del aparato psíquico implica una excitación, tomemos por ejemplo los preliminares de un goce sexual. Este fenómeno puede verificarse tanto en la observación directa como en el campo psicoanalítico. El trabajo muscular, la tensión, el trabajo intelectual, la angustia, la cólera, son a la vez otros tantos movilizadores de sensaciones erógenas. Este fenómeno económico es aún fácilmente verificable en el campo de psicoanálisis particularmente en el niño, en el que nos encontramos continuamente confrontados con la dificultad del control de los fenómenos de excitación ligados tanto a la confrontación con el adulto que le escucha (al niño) que al abandono de un cierto número de parámetros defensivos.

Tenemos pues, que confirmar que es difícil imaginar que la separación pudiera ser total entre la moción agresiva y su correlario la excitación sexual, es decir la erotización. No habría nunca, en la observación clínica, agresión sin sadismo, moción agresiva escindida de una moción libidinal. La idea de Laplanche refiriéndose a la primera tópica Freudiana de describir una pulsión destructiva pura y escindida de todo movimiento libidinal a nivel de los mecanismos del Yo y de la autoconservación sería pues un paradigma teórico.

No obstante y con algunas reducciones simplificadoras, tenemos que referirnos aquí a las ideas de la Melanie Klein. Sabemos que para Melanie Klein el Yo precozmente constituido se defiende en un primer movimiento mediante la escisión, proyectando al exterior la pulsión sádica y constituyendo así, en el afuera, la fantasía primaria del pecho malo, exterior, perseguidor, mortífero. La posición esquizoparanoide con el splitting de lo malo de un lado y de lo bueno del otro, bueno que

el sujeto puede reintroyectar para su supervivencia, sería el producto de una agresividad deslibidinizada, respondiendo a los instintos de autoconservación del Yo. Ahora bien: sabemos perfectamente que esta elaboración metapsicológica de Melanie Klein procede de las elaboraciones que K. Abraham había hecho tomando éste a su vez las consideraciones freudianas sobre el instinto de muerte. Es esta hipótesis un tanto aventurada, la misma que retorna Melanie Klein en su idea: la de la existencia de una fundamental excisión pulsional en el primer semestre de la vida del bebé

Los post-freudianos Laplanche y A. Green particularmente señalan justamente en su interpretación de Freud que el tiempo de libidinización está ligado al retorno de la agresividad que se convierte en autoagresión, de donde emerge la sexualidad. La moción destructiva, entremezclada a la libido, se desplegará a partir de este momento tanto en sus formas activas como en sus formas pasivas, concluyendo en la pareja sadomasoquista, expresión pulsional que marca el destino del hombre de una forma pregnante. Retomando lo que ha sido dicho anteriormente, el movimiento de retorno o de reflexión sobre el Self sería el tiempo de arranque del aparato mental, de la activación, es decir de la inevitable erotización. Sería este un paso obligado, particularmente a través del apuntalamiento muscular, pero también globalmente en lo corporal, del plano de la autoconservación al plano de la sexualidad. Este tema del doble retorno es decir de la reflexión de la moción pulsional sobre el Self y de la transformación de la actividad en pasividad es retomado por todos los psicoanalistas de hoy (y pienso particularmente a Green y a Laplanche), para demostrar que en el plano de la clínica este es un movimiento que se repite continuamente y por ello el peligro de estancamiento en el masoquismo en el curso del psicoanálisis, sigue siendo un sector crítico en cualquier tratamiento psicoanalítico.

Esta reflexión tan rica en contenido y en resonancia con la clínica psicoanalítica tanto de la neurosis como de la psicosis

parecerá a S. Freud insuficiente, ya que desemboca en una nueva elaboración, revisión metapsicológica esencial que es la de 1920, y a la cuál ya hemos hecho alusión.

Freud debe postular una pulsión de muerte por razones económicas (la tendencia a la reducción de la tensión), por la toma en consideración en diversos registros de los fenómenos de repetición, por la imposibilidad en la cuál él se encontraba para poder seguir concibiendo y afirmando tal como lo había dicho anteriormente que el odio no era otra cosa que la inversión del amor es decir que se trataba de una expresión transformada de la libido y finalmente con la preocupación de recrear un dualismo metapsicológico al que nunca renunció. A partir de este momento el conflicto se situará no en el enfrentamiento de los intereses del Yo y de la Sexualidad en una perspectiva Weissmaniana entre el individuo y la especie, si no en la elaboración casi mítica, (es el término de Freud), entre pulsión de muerte y pulsión de vida. El pesimismo Freudiano es desde este momento constituido y nunca más abandonará la interrogación del por qué el ser humano se dedica mucho más en su compulsión de repetición a dañarse o destruirse así mismo que ha desarrollar su agresividad hacia el objeto.

A pesar de todo sigue siendo difícil definir la agresividad en términos simples. La agresividad no es la pulsión de muerte. Se podría decir que se trata de una parte de la moción hostil vuelta hacia el exterior a costa, en perjuicio del objeto. Pero esta afirmación continúa siendo una aproximación, la elaboración misma de la pulsión de muerte va más allá, trasciende la experiencia que podemos hacer en la clínica de la hostilidad de nuestros pacientes incluso Freud él mismo a lo largo de su obra y a pesar que no renuncia a lo que ha dicho y escrito anteriormente (y el creador del psicoanálisis no ha renunciado nunca a sus posiciones anteriores que no ha hecho que retomar y enriquecer a lo largo de toda su obra), Freud no parece saber muy bien que hacer con su nueva elaboración. No sabe como aprovechar este nuevo dualismo pulsional en la teoría de

las neurosis, y en un texto como el de “Inhibición Síntoma y Angustia”(1926) donde reconsidera el conjunto del problema del conflicto neurótico bajos sus diferentes modalidades, el lector no puede dejar de sorprenderse al comprobar el escaso lugar que Freud reserva a la oposición de estos dos grandes tipos de pulsiones, oposición a la que no hace actuar ningún papel dinámico. El conflicto se explicita en términos tópicos, en términos de instancia Yo, Superyo y Ello, pero mucho menos sobre el plan dinámico y pulsional. Finalmente para citar Laplanche, nos sorprende el escaso cambio que nos aporta la nueva teoría de las pulsiones tanto en la descripción del conflicto defensivo como en la de la evolución de los estados pulsionales.

Sabemos bien que los epígonos de Freud se han dividido alrededor de esta nueva antropología pulsional y que mientras un cierto número de sus sucesores adoptaban completamente sus nuevas perspectivas (Abraham, Melanie Klein), existían otros que se mantuvieron en la elaboración de 1915, es decir en la comprensión de una agresividad conectada a la vez con la autoconservación y con la sexualidad. Es preciso decir que sus sucesores no han añadido gran cosa a la comprensión de lo que estamos intentando recordar. Queda entero el problema de una moción pulsional mortífera que podría habitar al hombre a la búsqueda de una homeostasis que tendería al nivel cero. Hay que recordar aquí que es bien éste el resultado experimental en la investigación que se desarrolla en el campo de la experimentación psicoanalítica, campo totalmente diferente en relación con otros estudios, por ejemplo etológicos (pensamos en Lorenz evidentemente), o sociológicos o aún neurofisiológicos.

En estos campo, fuera del campo de psicoanálisis, es probable que una de las más interesantes contribuciones al problema de la agresividad en el sentido de desencadenamiento de la violencia es la de René Girard, que en un análisis exhaustivo de los grandes textos bíblicos, míticos o novelescos, describe aquello que él ha llamado “Mimetismo de apropiación”.

ción”: Si se sitúan experimentalmente a niños en una situación tal que dispongan de un mismo juguete bastará que un niño del grupo se apodere del juguete para que los otros intenten robárselo. Este movimiento mimético va en el sentido de la imitación y de la acción, de un deseo del objeto elegido y de ahí por ese hecho sobre valorado. De hecho supone una nueva lectura de ciertos textos Freudianos en particular “Tótem y Tabú”, al cual René Girard se refiere, así como una nueva lectura de Sófocles tanto del Edipo Rey que de Edipo en Colona.

Es evidentemente peligroso y probablemente metodológicamente erróneo querer superar las dificultades encontradas en el campo del psicoanálisis aplicándolo a otras áreas de investigación, y es preciso reconocer al mismo tiempo que la elaboración Freudiana nos aporta escasas soluciones en la situación terapéutica. Si por una parte está excluida la articulación del concepto de instinto de muerte en la relación terapéutica con nuestros pacientes, por otra parte nos encontramos totalmente confrontados mucho más a su autoagresividad y a su masoquismo que a su sadismo.

A nivel de la clínica la expresión y la interpretación que se puede hacer de la agresividad se sitúan claramente a nivel de la función reactiva: angustia, miedo, frustración, herida simbólica o real. La clínica moderna ha desarrollado mucho la comprensión de los fenómenos estructurales dinámicos y tópicos a los cuales el psicoanalista se encuentra confrontado en el cuadro de pacientes que sufren distorsiones del Yo: estados límites, prepsicosis, personalidades narcisistas.

En estos pacientes con una sensibilidad particularmente grande, como alérgica, a mínimas modificaciones, de una parte de la distancia y de otra a cualquier frustración por mínima que sea, la agresividad es nuevamente y constantemente movilizadora, pero expresándose de una forma particular: son esos pacientes que no protestan pero que se quejan continuamente: la decepción, la descalificación del objeto se traduce sistemáticamente por la desvalorización del Self y por movimientos

depresivos. Es bien a ese nivel en el que nos encontramos confrontados con las manifestaciones más crudas del masoquismo primario, y yo pienso particularmente a esta paciente que desde hace de tres años me amenaza con suicidarse una sesión después de otra y últimamente me propone que yo acepte una carta para enviársela a su amiga para explicarle las razones de su autodestrucción.

Es a este nivel que quizás sea necesario recordar que el movimiento agresivo o sádico es percibido en el contexto de una relación intersubjetiva. Diatkine señalaba justamente que nadie se quejaría de un niño que muerde a su chupete o su cuchara, mientras que la madre ciertamente sabrá dar un significado al mismo movimiento si es a expensas de su pezón. Esta paciente visiblemente no percibía y sigue aún sin percibir el aspecto perfectamente sádico de la manipulación de la angustia del analista, es decir, de mi ansiedad. Un día que yo había introducido en mi interpretación a favor del sentido de su discurso y retomando su discurso que ella me hacía temblar, se sintió agredida, ridiculizada, humillada, por la comunicación de una vivencia en la que ella no creía y a la cuál no podía identificarse.

Para terminar intentaremos en pocas palabras exponer cuál es el destino de la pulsión agresiva vivida por nuestros pacientes como mal objeto que les persigue y amenaza e incluso en su integridad. Como esta hostilidad en el curso del análisis va a poderse superar o, en términos tópicos, como el objeto incluido, por hablar el lenguaje de Pierre Luquet va a poder metabolizarse al servicio del Yo. Se sabe que es por la ligazón de la hostilidad por el amor que el primer término del conflicto dualista va a poder encontrar una reorganización al servicio de las instancias creadoras del aparato mental. Recordemos aquí que esta trabazón pulsional aparece de entrada y en la perspectiva kleiniana en el final de la posición esquizoparanoide, a nivel de la culpabilidad depresiva y la preocupación por la reparación del objeto. Me parece buena esta formulación metafórica para conceptualizar la ligazón del odio por la libido. Pero más allá de la capacidad del niño para poder investir un

objeto total, es bien entendido al nivel de su capacidad de investir un objeto sexuado, es decir a nivel de la constitución del Edipo que la ligazón de la agresividad será definitiva y que debido a esto, el sujeto podrá utilizar su combatividad sin necesidad de movilizar continuamente formaciones reactivas consumidoras de energía.

Los psicoanalistas estructuralistas describen una actividad del Yo a favor de la cuál la pulsión hostil se encuentra desinvertida de su movimiento destructor para conservar una actividad neutralizada. De la misma forma que ellos hablan de neutralización de la libido y de deslibinización, Hartmann habla de una neutralización de la agresividad, de una desagresivización en un neologismo complicado. Nosotros tenemos una cierta dificultad para identificarnos a una posición metapsicológica que nos parece terriblemente abstracta. En cambio es evidente que desarrollándose los progresos del tratamiento analítico, el paciente que se encontraba compulsivamente confrontado a sus repeticiones sintomáticas o caracteriales, puede desplazar a nivel de la mentalización una vida fantasmática que retoma a su cuenta lo que hasta aquí era esencialmente actuado, entendiendo el acting no solamente fuera del setting psicoanalítico (Acting out), sino también dentro, incluso a nivel de un discurso que en las personalidades-límites, está ampliamente desimbolizado. Enriqueciéndose la actividad del lenguaje, convirtiéndose la pesadilla en sueños, la acción en pensamiento, la moción pulsional agresiva se convierte en construcción y relación con el mundo de los otros, hermanos en su humanidad, percibidos en la realidad de su riqueza y de su fragilidad.

II. VIOLENCIA

Agresividad no es violencia. Me he planteado la pregunta de saber cual sería la distinción que se podría hacer y me ha parecido que globalmente y en todo caso en francés al hablar de violencia tratamos más de algo que se sitúa en el orden del comportamiento. Hay que recordar que es preciso y esencial

distinguir fantasía agresiva o sádica y comportamiento agresivo. No obstante seguimos encontrándonos delante de la ambigüedad de la significación de la violencia.

Violencia: Significado marcado por el sadismo: Violación. Difícil en su uso, ambigua en su significación. Ciertamente a diferenciar de la agresividad. Hay ciertas violencias manifiestas perfectamente agresivas cuyo contenido se superpone en ambas. Pero hay también violencias frías, incluso secretas que son más difíciles para identificar. Existen sobre todo formas de violencias altamente erotizadas ligadas a la desunión pulsional, y a las cuales el trabajador social se encuentra confrontado.

Reencontramos aquí nuevamente toda la problemática abierta por la introducción de la pulsión de muerte. Freud ve la fuerza, la pesantez, que conduce al aparato psíquico a la tensión interna mínima es decir a la quietud, al retorno a lo inanimado, a la petrificación de la materia viviente. Es preciso decirlo: a una antiviolencia pues. Es decir: Por una derivación paradójica a un movimiento que enjuiciamos como destructor. El creador de psicoanálisis intenta elaborar una tensión binaria que tome el relevo del conflicto hasta ahora definido por la dialéctica líbido-pulsión del Yo. Después del eclipse del narcisismo era preciso reencontrar la designación del desgarramiento de la lucha del hombre contra él mismo. Frente a la libido-instinto de vida, es necesario designar una antilibido-pulsión de muerte. Abstracción ambigua entre la quiescencia y la destrucción. Movimiento silencioso actuando en la sombra –la sombra de la muerte– y no expresándose que en su conjugación con la pulsión libidinal

Jean Bergeret ha intentado definir este recorrido en su elaboración de “La violencia fundamental! Intenta situar de una manera más clínica lo que Laplanche había concebido como una teórica fase destructora, la del niño depredador sin intención de hacer sufrir, también podría ser lo que Winnicott designa como el Ruthless love, el amor sin piedad del niño pequeño. Pero de nuevo aquí nos encontramos en una

complementaridad pulsional que es difícil de superar, porque también se trata de “Love”.

La intención de Jean Bergeret es de describir el movimiento hostil puro sin complementaridad libidinal. Comienza su demostración estudiando el mito. El primer oráculo de la Pitonisa anuncia el conflicto existencial entre Edipo y Laios, más precisamente entre Edipo y sus padres. En este momento se trata de un asesinato, en absoluto del incesto. Este aparecerá más tarde en el segundo oráculo. El autor intenta plantear la amenaza en los términos de “o él o yo”, conflicto mortífero sin otro matiz. Esta sería la posición del niño totalmente dependiente, apoyado en los adultos sin los cuales no hay posibilidad de sobrevivencia. “El o yo” ningún escape a esta prescripción existencial. Bergeret piensa tener con esta formulación la quintaesencia de la violencia fundamental, fuera de todo componente libidinal precoz componente que Racamier designaría como incestuoso. La demostración de Bergeret es relativamente coherente con la definición que podría hacerse de esta fuerza ciega y predeterminada, fundadora de la epigénesis de lo que se designa generalmente por el concepto de instinto más que por el de pulsión.

En este crisol arcaico de los primeros movimientos de vida la energía no ligada solo podría descargarse como una violencia ciega y sin orientación (depolarisée). No sería sino en un segundo tiempo, el del nacimiento del objeto, que éste deviene imperativamente investido como fuente de gratificaciones indispensables para la supervivencia. Habría en este paso ruptura del movimiento destructor

Así Bergeret establece una filogénesis del desarrollo temporal de una energía interna que sería en un principio solipsista,⁴ totalmente destructora hacia todo aquello que se presente como obstáculo a la extensión del sujeto y que evolucionaría

⁴ N. del T. Solipsismo: Teoría filosófica idealista afirmando que nada existe fuera del pensamiento individual, que todo lo que se percibe es solo una especie de sueño que tenemos (Petit Larousse).

hacia la consideración del otro en sus dimensiones ambivalentes. Mientras que la metapsicología clásica sitúa en una confrontación sincrónica la oposición entre fuerza destructora y fuerza de vida Bergeret la sitúa en sucesión diacrónica, siendo la violencia arcaica el quantum energético que va a generar el desarrollo mismo del movimiento de vida libidinal. Por hablar simplemente la violencia originaria sería como el turbo de la libido. Bergeret lleva a cabo así una deriva metapsicológica del pensamiento psicoanalítico clásico en su tentativa de calificar un desarrollo de la violencia en el sentido más esencial del concepto.

Para nosotros esta tentativa sigue siendo problemática. La violencia nos parece siempre connotada por un movimiento libidinal. Toma ciertamente todo su sentido en la expresión social y colectiva: como es actuada, a nivel del comportamiento, es bien en el socius que la violencia origina un problema y es a este nivel en el que la violencia se expresa de la forma más difícilmente tolerable. Pero si queremos mantenernos en el campo del funcionamiento mental del sujeto, la violencia se expresa mucho más frecuentemente como una forma perversa de expresión libidinal que, como dice Freud en su trabajo sobre la melancolía, como “una pura cultura de instinto de muerte”. Yo creo que éste ha sido el mérito de A. Green, el de resituarse en la expresión de la pasión, expresión que Uds. españoles han comprendido desde hace mucho tiempo.

El nos recuerda justamente que los pacientes expresan su pasión de una manera que hoy conocemos menos, pero que al principio del siglo los histéricos particularmente transponían en su teatro privado la violencia de sus afectos con un desbordamiento totalmente particular, que aterrorizaba al espectador: fuera de sí mismos, aullando y gesticulando, poseídos por una violencia que nadie suponía su existencia. Hoy esos mismos pacientes están hoy mejor controlados, pero no dejan por ello de realizar escenas tanto en su existencia cotidiana que en el cuadro de su tratamiento. Propongo una viñeta clínica: Una

mujer muy “border-line” sentada cara a mí durante dos años me exigía que la mirara a los ojos y yo no tenía el derecho ni siquiera de cerrar los ojos o volver la cabeza. Si lo hacía le provocaba una crisis de rabia tan espectacular que yo me sentía muy molesto porque los vecinos podrían oír esa escena histérica: yo estaba atado por estos deseos de la paciente de comerme con los ojos. Más tarde en su tratamiento, evidentemente, expresó otros deseos según los cuales no se contentaba solamente de comerme con los ojos, sino que también quería precisamente devorarme a nivel de mi virilidad.

Al mismo tiempo que Freud rehabilitaba los histéricos, sospechosos de duplicidad, intentaba a la vez neutralizar su locura por la comprensión de la representación y del fantasma, contenido idéico que intentaba evitar el afecto. Freud al comienzo de su obra buscaba de alguna forma intelectualizar la locura de sus pacientes, y solo tardíamente defendió el afecto y reconoció toda su dimensión dinámica. La locura es la pasión que vive en el neurótico más banal, es decir todos nosotros, en el surgimiento de un afecto excesivamente durante largo tiempo domeñado. Es sobre todo la explosión normal del movimiento erótico que desencadena el acercamiento de los amantes, y Uds. saben que Freud consideraba a la relación amorosa como el máximo de la locura. Es también la pasión ciega que desborda el control del perverso por otra parte normalmente adaptado a la vida cotidiana y aparentemente bien controlado. Es ciertamente la locura del adolescente en su autodestrucción, por ejemplo yo vivo en una ciudad que está situada entre colinas con cuevas muy pendientes. Pienso en este adolescente que se planteaba interiormente apuestas mortíferas atravesando cruces de carreteras sin importarle el signo del semáforo, pero haciéndolo suficientemente rápido como para evitar cualquier obstáculo que pudiera venir lateralmente. Ciertamente acabó en un Servicio de Neurocirugía.

Pasión que se adorna de un aura dice Green, que hará de ella un misterio oscilando entre lo demoniaco y lo divino. Este

reconocimiento de las potencias oscuras del hombre permite anudar con el hilo de la antigua tragedia que inspira fascinación respeto u horror. Pasión en la cuál nos reconocemos todos seres divididos en nosotros mismos. Es este un buen lugar para recordar al Quijote paradigma de la erotomanía, y también más allá de la literatura española, a Sófocles o a Shakespeare pintores del desgarramiento mortífero y asesino del hombre.

En el alba de su vida, el sujeto se encuentra confrontado a esta locura, petición sin límites, cabinalística del lado del niño pero también locura de la madre capaz de encerrarse en la unidad dual que la liga a él. Todos los observadores se sienten perplejos por esta disposición a la devoción de la madre hacia su hijo que supera el entender lógico del padre. Melanie Klein a bien descrito esta fase, exponente de funcionamientos mentales, de defensas y de fantasías arcaicas tales que ella los ha designado como una psicosis precoz y que Green en su vocabulario desearía llamar locura originaria. Y es bien probablemente a este nivel genético que se anuda, en una actividad y en un intercambio pulsional intenso entre la madre y su hijo, en la adecuación de los cuidados maternos, el origen de los estallidos de violencia en el futuro.

Los cuidados, y Freud nos lo recuerda en su último libro "Manual elemental de Psicoanálisis", son inevitablemente sustanciales con una actividad erótica y de ahí con una seducción. A partir de entonces todo deberá reglarse en su justa medida, entre gratificación y frustración, ambos fuentes de angustia y de movilización de furor. La temible tarea de la madre no tendría otra finalidad que la de dar el justo "tempo", la justa medida. Después de haber favorecido la irrupción de la vida pulsional, deberá convertirla en soportable, en tensiones que puedan ser dominadas por el aparato mental del niño. Excitante y paraexcitante, deseo y defensa, motor a dos tiempos, aceleración y frenado, excitación y quietud, la madre se sitúa siempre en el estrecho límite de la intrusión y de la separación. Si unida a su propio desorden la madre, insuficientemente me-

diatizada por el padre desborda la capacidad de restauración (Maintenance)⁵ del propio niño, es entonces el caos, y este caos es el que va a desencadenar la violencia, violencia que desgarrará la vida del hombre y de la sociedad, y esto desde el comienzo del mundo hasta hoy mismo.

⁵ N. del T. Maintenance: Conjunto de medios y/o acción de completar en material y personal las unidades diezmadas en el combate.

LOS EFECTOS PSICOLOGICOS DE SUCESOS SOMATICOS GRAVES EN EL NIÑO: EL CASO DEL TRASPLANTE DE HIGADO*

Bertrand Cramer**

Como cada vez que se discuten los efectos de una situación somática grave en un niño en desarrollo, hay que ser prudente evitando las generalizaciones y definiendo los factores de riesgo específico. Hay que distinguir los efectos inmediatos –frecuentemente de tipo post-traumático– de los efectos a largo plazo. Por supuesto, hay que tener en cuenta:

- La edad del niño.
- La estructura psicológica preexistente.
- La importancia de la afección somática y de los tratamientos aplicados.
- La actitud del personal y las reacciones de la familia.

Se pueden invocar varios marcos teóricos: teoría de los acontecimientos vitales (life-events), de la crisis, del post traumatic stress disorder, de los “coping strategies” (es decir, de las capacidades de adaptación). Es necesario poder investigar las capacidades de control cognitivo de la situación por el niño, así como por la familia. Hay que juzgar a partir de los fan-

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: “Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia”.

Traducción Sokoia Lasa.

** Prof. Universidad de Ginebra

tasmas y conflictos movilizados por la afección y los tratamientos, del devenir del proyecto fantasmático en el sujeto del niño, y de la capacidad que tienen todos los protagonistas –familia y personal sanitario– para hacer circular la información.

Hay que señalar que la evolución de los efectos psicológicos va a depender mucho de la naturaleza de la investigación y de la metodología utilizada. Por ejemplo, si hacen una encuesta epidemiológica con muchos casos, buscarán y encontrarán otros datos que no encontrarían realizando vuestro trabajo habitual de clínico evaluando un caso único, referido a la causa de los síntomas. Los estudios epidemiológicos que conciernen a los efectos psíquicos de las enfermedades, emplean generalmente cuestionarios o tests; revelan mucha menos información sobre patología psíquica que los estudios clínicos de casos únicos. En los estudios de grupos, es frecuentemente más cómodo reparar en dificultades psicológicas por el resultado de los datos francamente médicos (como las complicaciones postoperatorias o la adhesión al tratamiento), o sociales (capacidad de trabajo, maritalidad, etc.), mientras que en el estudio del caso único, se obtienen más datos en los dominios subjetivos tales como la alteración de la imagen corporal, negación de la enfermedad, duelo de la capacidad funcional, fantasmas de castigo, etc.

Voy a ilustrar esta diferencia realizando un estado de los datos epidemiológicos sobre los efectos del trasplante de hígado, y presentando la psicopatología de un niño que ha sucumbido a ello.

Para entrar en el tema general de los efectos psicológicos de las enfermedades y los tratamientos somáticos, veamos primero cuáles son los síntomas consecutivos a una experiencia traumática de hospitalización.¹

¹ R. Zetterström: Responses of children to hospitalization. Acta Paediatr. Scand. 73; p. 289-295, 1984.

- ◇ Problemas de alimentación: oponerse, bulimia
- ◇ Trastornos del sueño: insomnio, pesadillas, fobia a la oscuridad
- ◇ Enuresis, encopresis
- ◇ Regresiones a estadios anteriores y pérdida de las adquisiciones recientes
- ◇ «Tic nervioso»
- ◇ Depresión, agitación, ansiedad
- ◇ Miedo de los hospitales, de los enfermeros-as, de las jeringas, etc.
- ◇ Angustia de muerte
- ◇ Regresión hacia estados de mutismo, autísticos
- ◇ Angustias hipocondríacas
- ◇ Síntomas histéricos

En este caso, se trata de síntomas que aparecen bruscamente, generalmente reversibles.

Otra forma de complicación que suele aparecer de forma brutal, después de una operación, es el delirio post-operatorio. Tomemos como ejemplo la operación a corazón abierto, en estos casos podemos constatar hasta un 25% de apariciones de delirios².

Les ofrezco estos dos ejemplos para ilustrar los efectos, a corto plazo, de intervenciones u hospitalizaciones experimentadas como traumáticas. Notaremos la diversidad de los posibles síntomas, pero también algunas especificaciones, como el delirio tras la cirugía cardíaca.

Veamos en el Cuadro I efectos a más largo plazo en el caso de una enfermedad crónica, la mucoviscidosis³: las variables que se han escogido aquí para medir el efecto patógeno

² Heller & Kornfeld, in Psychological aspects in surgery. Advances in psychosomatic medicine. Karger New York, 1986.

³ Walters S., Britton J. Demographic and social characteristics of adults with Cystic fibrosis in the United Kingdom. BMJ, 306, 1993, 549-552.

de la enfermedad son la maritalidad, el nivel profesional, el empleo. Apreciamos una diferencia clara con la población general.

CUADRO I

IMPACTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD (mucoviscidosis)

Estudio sobre 866 enfermos de mucoviscidosis
y de más de 16 años de edad

	Grupo Muco	Población general (> 16 años)
Matrimonio o cohabitación	34 %	61 %
Nivel profesional	15 % sin cualificación	11 % sin cualificación
Empleo remunerado	54 %	69 %

➔ Buena capacidad de trabajo

Empleo de las madres	45 %	69 %
----------------------	------	------

➔ La enfermedad implica un "sacrificio" de las madres

He tomado estas tres referencias porque ilustran bien el potencial de psicopatología que existe ligado a las intervenciones y a las hospitalizaciones. Es probable que los efectos patógenos sean relativamente poco conocidos por los psiquiatras, a menos que trabajen relacionados con el hospital de cuidados generales.

Pasemos ahora a los programas preventivos que pueden llevarse a cabo gracias a intervenciones psicológicas.

En un trabajo publicado por E. Mumford, H.J. Schlesinger, G.V. Glass⁴ sobre el efecto del apoyo psicológico llevado a ca-

⁴ E. Mumford, H.J. Schlesinger, G.V. Glass: The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: a analysis of the literature. Am. J. Public Health, 1982, 72, págs. 141-151.

bo con 34 sujetos con infarto de miocardio, se constata que mediante intervenciones bien educativas o bien psicoterapéuticas, se pueden obtener resultados muy interesantes, y calculables en cuanto al nivel de duración de la hospitalización (Cuadro II).

CUADRO II

META-ANALISIS DE 34 ESTUDIOS CONTROLADOS DEL EFECTO DEL SOSTEN PSICOLOGICO

Intervención psicológica de 2 tipos:

- educativa (información)
- psicoterapéutica

RESULTADOS

- ◇ Reducción de 2 días de hospitalización después de un infarto (media del grupo control = 9,92 días).

Los autores constatan cómo otras variables están generalmente afectadas por estos acercamientos preventivos, como se constata en el Cuadro III.

Estos datos revelan que el nivel de angustia juega un papel preponderante dentro de una serie de reacciones fisiológicas en la enfermedad y en la hospitalización. Se puede deducir que los cuidados generales del infarto de miocardio deben tener en cuenta un tratamiento contra el estrés. Y éste es el principio que debe orientar nuestro acercamiento preventivo y terapéutico en el caso de afecciones somáticas graves, tanto en el adulto como en el niño.

En el caso de que tengan que persuadir a los administradores de sus hospitales de la utilidad de estas intervenciones de prevención psicológica, háganles ver los resultados del estudio realizado por S. J. Levitan y D. S. Kornfeld⁵ (Cuadro IV),

⁵ S. J. Levitan y D. S. Kornfeld: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 138: 6, 1981.

CUADRO III

**META-ANALISIS DE 34 ESTUDIOS CONTROLADOS
DEL EFECTO DE UN SOSTEN PSICOLOGICO**

	Mean	S.D.	Nbr Studies
Self Ratings			
1. Pre-op. anxiety, pain	+ .32	.73	6
2. Post-op. anxiety, pain	+ .38	.59	32
ES =	+ .35		
Other Ratings & External Indicators			
3. Cooperación with treatment	+ .60	.40	11
4. Pre-&Post-op. pain-distress (other rated)	+ .44	.46	43
5. Post-op. physiological indicators	+ .28	.50	25
6. Post-op. narcotics, hypnotics, etc.	+ .17	.42	13
7. Speed recovery	+ .80	.50	17
8. Post-op. complications	+ .38	.47	13
9. Post-op (events)	+ .60	.34	10
10. Days in hospital	+ .25	.28	10
ES =	+ .45		N = 180
Grand ES =	+ .43		

donde se compara un grupo experimental que recibe apoyo psiquiátrico tras una fractura del cuello del fémur, con un grupo control sin ningún tipo de apoyo.

Pienso que he demostrado suficientemente que:

– Las afecciones somáticas graves pueden tener repercusiones psicopatológicas inmediatas a largo plazo.

– Acercamientos preventivos y terapéuticos pueden modificar de manera substancial las consecuencias de la enfermedad y de la hospitalización.

CUADRO IV

**ESTUDIO DE LOS EFECTOS CLINICOS Y FINANCIEROS
DEL ENLACE PSIQUIATRIA - MEDICINA**

52 pacientes de 65 años de edad y más, hospitalizados
por fractura del fémur

Grupo experimental	Grupo control
26 pacientes – seguidos por un psiquiatra durante y después de la hospitalización (entrevistas durante 6 meses)	26 pacientes – sin seguir

RESULTADOS: Medida de 2 efectos

1) Duración de la hospitalización

30 días	42 días
---------	---------

(diferencia significativa: $p < .05$)

2) Capacidad de autonomía después
de la hospitalización

– 16 pacientes vuelven a casa	– 8 pacientes vuelven a casa
– 7 pacientes entran en un centro	– 15 pacientes entran en un centro

(diferencia significativa: $p < .05$)

Beneficio financiero estimado a 193.000 \$ por un año
(sueldo anual del psiquiatra para ese trabajo: 10.000 \$)

EL TRASPLANTE DE HIGADO

Pasemos, ahora, a una situación concreta, el trasplante de hígado: se practica en niños muy pequeños, se da en un clima de urgencia tras una espera angustiada para la obtención de un trasplante, y le siguen frecuentes complicaciones (hiperten-

sión, nueva patología del hígado) y una administración de in-muno-supresores tales como la Ciclosporina, que llevan a una serie de inconvenientes (hirsutismo, complicaciones renales) o a los corticoides que pueden afectar al crecimiento. La supervivencia a los 5 años va desde un 68% a un 90%.

Las causas que motivan el trasplante son errores innatos del metabolismo (ausencia de encimas), atresia de las vías biliares, las hepatitis víricas, y otros síntomas raros.

En el Cuadro V podemos ver una serie de estudios que evalúan los efectos de esta afección y, sobre todo, del trasplante de hígado con sus tratamientos. Estos estudios provienen bien de pediatras, bien de colaboraciones entre pediatras y psiquiatras.

Las variables estudiadas difieren, centrándose en la cognición, la competencia social y en escalas de depresión y angustia. No existe realmente un estudio clínico de la psicopatología. En conjunto, se aprecia una mejoría del comportamiento general y de la calidad de vida, después del trasplante; un estudio destaca una mayor tendencia a la depresión; el otro muestra una vulnerabilidad de los déficits cognitivos.

Estos estudios no carecen de interés, ya que ponen en evidencia la mejoría de la calidad de vida y no revelan la aparición de una psicopatología masiva sistemática. Estos estudios eran necesarios sobre todo para legitimar la utilidad de estas intervenciones muy costosas y pesadas que –a priori– podían ser consideradas como perjudiciales para la vida futura del niño.

Pasemos ahora a otro nivel del estudio: el caso único. Esto nos permitirá introducirnos en la vivencia subjetiva del niño y estudiar de cerca sus recursos y su patología.

Matthieu nace con un déficit enzimático que le provoca rápidamente vómitos, ictericia, ascitis y adelgazamiento. Primero, se le trata médicamente en espera de un trasplante. Él es mandón y tienes crisis de rabia. Los padres le han tenido que forzar para comer. Un examen paidopsiquiátrico pre-trasplan-

ARTICULOS SOBRE LOS EFECTOS DE UN INJERTO DE HIGADO A LOS NIÑOS

Artículos	Sujetos	Instrumentos	Resultados
Zitelli et al (1988) «Changes in life-style after transplantation»	65 niños (77 meses - 17,5 años) evaluados antes de después del injerto	<ul style="list-style-type: none"> - Test de inteligencia - Interrogar los padres (percepción del niño en varias competencias) - Evaluación del desarrollo social del niño 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento general mejorado - Menos hospitalizaciones - Menos medicamentos - Motricidad global mejorada
Sokal (1995) «Quality of life after orthotopic liver transplantation in children»	Revisión de la literatura		<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida mejorada - Vuelta a una vida normal - Competencias físicas recuperadas
Windsorova et al (1991) «Emotional adaptation in children after liver transplantation»	25 niños injertados (4 - 12,7 años) comparados con 26 niños diabéticos (4 - 12,4 años)	<p>Tests:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento - Depresión - Ansiedad - Imagen de si mismo - Test proyectivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna diferencia entre los 2 grupos - Estados comportamental y emocional de los niños injertados igual que los niños normales - El test proyectivo demuestra una depresión y ansiedad y una menos buena imagen de si mismo en los niños injertados
Stewart et al (1988) «Mental and motor development, social competence, and growth one year after successful pediatric liver transplantation»	29 niños (3 meses - 15 años) evaluados antes y después del injerto	<ul style="list-style-type: none"> - Test de inteligencia - Test de desarrollo motor - Medidas de la competencia social 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay diferencia antes y después - El retraso persiste en los niños enfermos antes de 1 año - Los niños injertados después de los 4 años de edad mejoran sus competencias sociales.
Stewart et al (1994) «Cognitive function in children who receive organ transplantation»	Revisión de la literatura		<ul style="list-style-type: none"> - Los niños con problemas de hígado presentan una vulnerabilidad a los déficits cognitivos (antes y después del injerto)

te, a los 8 meses, trajo las siguientes conclusiones: se trata de un niño de contacto fácil, que expresa bien su desasosiego y su placer. No existe ningún retraso en su desarrollo. La madre es enfermera. Los padres se llevan bien y se ayudan el uno al otro. Se adaptan bien a las dificultades ligadas a la enfermedad.

El trasplante transcurre en un clima de gran urgencia: llegada en helicóptero, múltiples extracciones de sangre, exámenes de todo tipo, arrancando al niño de su madre. Éste es un recuerdo muy traumático para la madre. La operación es un éxito, pero se da una descompensación espectacular en el niño: no muestra ningún interés por nada, se niega a comer, parece deprimido. Ya no habla, no se sienta, y ha perdido el uso de la marcha. Ya no emite más que sonidos incomprensibles, es apático, “como si hubiera perdido las ganas de vivir”. Estaba muy afectado por no poder ir en brazos de sus padres a los cuales le costaba identificar debido a las máscaras. Soporta mal que su madre se vaya y siente pánicos cuando ve entrar a alguien con bata blanca. Frecuentemente parecía confuso y daba la sensación de que reaccionaba ante alucinaciones, con signos de terror. Varias consultas con nuestro paidopsiquiatra mejoran un poco la situación, pero fue un mes y medio más tarde, cuando los padres pudieron quitarse las máscaras, cuando se dio realmente una mejoría. Progresivamente se ha ido animando, ha empezado de nuevo a andar y a jugar. Después de 3 meses, ha podido volver a casa y poco a poco ha vuelto a usar el lenguaje. Desgraciadamente, padece una úlcera de estrés e hipertensión por lo que necesita administración de morfina.

Tras esta regresión profunda han aparecido también otros síntomas: tenía miedo de que se le acercaran demasiado, sobre todo las mujeres, que –incluso en la calle– podían provocar estados de pánico irrecuperables. También se muestra inquieto cuando se le cubre la cara, y todavía hoy, con casi 5 años, siente pánico cuando ve a una persona enmascarada.

Cuando le veo con tres años y medio, sólo habla de él en tercera persona, diciendo, por ejemplo: “tienes miedo de las sábanas sobre la cabeza”. Tiene una tendencia a la ecolalia y repite frecuentemente el final de una frase dicha por su madre. Es muy severo consigo mismo: por ejemplo cuando se hace cacas en la cama se regaña con una voz grave, como si se identificara con una persona adulta muy enfadada. A veces, incluso, se pega en la cara.

Visiblemente, Matthieu es un niño muy angustiado, de alguna forma alienado a sí mismo cuando se identifica con un adulto muy enfadado o cuando emplea el “tú” para contar su propia experiencia. Es probable que la operación y sus consecuencias hayan sido vividas como un ataque masivo al self que le ha forzado a extraerse de sí mismo, como en un proceso de despersonalización. El efecto traumático conjuga varias causas: el dolor, la inmovilización forzada, la separación de los padres, la desorganización del pensamiento en el episodio confusional.

Pero –a la vez– muestra una sorprendente capacidad para aprender. Por ejemplo, se sabe algunos libros de memoria; tiene un uso avanzado del lenguaje, aunque con una calidad ficticia. Es muy vivo.

Grabaciones de vídeo nos permiten observar como Matthieu, con 4 años y 9 meses, desarrolla una nueva forma de patología. Las fobias están más focalizadas; ya no hay tanto pánico difuso. Pero, a pesar de un desarrollo precoz de la inteligencia (ha aprendido a leer él solo), comenzamos a tener dificultades para seguir la línea de su discurso. Su pensamiento parece incoherente y se producen saltos bruscos, en la conversación, de una idea a otra sin ningún tipo de relación entre ellas (pensamiento ideo-fugal).

Nos enfrentamos, por tanto, a un trastorno del curso del pensamiento que –si no conociéramos la experiencia traumática que ha vivido este niño– sería juzgado como sintomatología psicótica. Nos hemos preguntado mucho por la naturaleza de

este trastorno del pensamiento que proviene de un niño muy hablador e inteligente. Su CI verbal es de 92. Obtiene resultados muy altos (con 7 años) en las pruebas de vocabulario; sin embargo, es incapaz de responder a preguntas que implican un “porqué”.

En el vídeo se puede observar cómo se aferra a los aspectos concretos sin ser capaz de tomar distancia suficiente para imaginar causas. Esto nos permite cuestionarnos si esta adhesión a lo concreto es una defensa contra la emergencia de fantasmas muy persecutorios, ligada a la experiencia de pasividad y abandono.

También podemos imaginar que el período de profunda regresión post-operatoria ha dejado profundas cicatrices, como si fuera el propio sentido de la continuidad de su ser el que está amenazado - y que continúa representando una amenaza traumatizante de aniquilación. Frente a este peligro, habría hiperinvertido la percepción, el aferrarse a lo concreto y el atiborramiento de su memoria.

Matthieu habría conocido un período de ruptura de su continuidad psíquica, un agujero negro psíquico que le ha forzado a aferrarse a lo concreto.

La familia ha contribuido mucho a la cicatrización de este episodio de hundimiento psíquico. Pero, ahora, hará falta una psicoterapia para que pueda intentar reinvestir la vivencia de hundimiento que está fuera de su alcance.

CONCLUSION

Aunque el trasplante de hígado sea una intervención muy importante, frecuentemente seguida de complicaciones y que precisa una terapia inmuno-supresora de por vida, los estudios sobre el comportamiento social y cognitivo no muestran efectos negativos mayores. Los efectos sobre la psicopatología son mucho más difíciles de definir.

El caso presentado demuestra que, a pesar de un apoyo familiar eficaz y un apoyo médico bastante bueno, el niño ha presentado una reacción de estrés de amplitud catastrófica, con regresión masiva, pérdida de funciones y cicatrización muy progresiva, que conllevan numerosos síntomas. Lo más inquietante es una forma crónica de despersonalización y, sobre todo, la instauración de un trastorno del pensamiento.

Me parece que grandes categorías del pensamiento, como la causalidad, y como la simbolización del mundo interno han sido fuertemente dañadas por el hundimiento post-operatorio. Pensando lo mejor, podemos imaginar que se trata de una desorganización post-traumática, causada por una angustia permanente, no canalizada por los procesos de desplazamiento y de condensación. Pensando lo peor, se trataría de la marca permanente de una desorganización del self y de la función de representación. Sea lo que sea, se trata de una patología mayor, ciertamente ligada a la enfermedad y a sus tratamientos. Esto nos incita a estar atentos en cuanto a la supervivencia psíquica de estos pacientes trasplantados, y a instaurar modelos de intervenciones psicológicas preventivas.

BIBLIOGRAFIA

ZITELLI B. J., MILLER J.W, GARTNER J. C. MALATAK J.J., URBACH A.H., BELLE S.H., WILLIAMS L., KIRKPATRICK B.& STARZL T E. "Changes in life-style after liver transplantation" *Pediatrics* 82 (2), 1988, 173-180.

SOKAL E.M. «Quality of life after orthotopic liver transplantation in children. An overview of physical, psychological and social outcome» *Eur J Pediatr*, 154, 1995, 171-175.

WINDSOROVA D, STEWART S.M., LOVITT R, WALLER D.A. & ANDREWS W.S. «Emotional adaptation in children after liver transplantation» *J Pediatr* 119, 1991, 880~887.

STEWART S.M., UAUY R., WALLER D.A., KENNARD B.D., BENSER M.& ANDREWS W.S. «Mental and motor development, social competence, and growth one year after successful pediatric liver transplantation». *J Pediatr*, 114, 1989, 574-581.

STEWART S.M., KENNARD B.D., WALLER D.K & FIXLER D.«Cognitive function in children who receive organ transplantation». *Health Psychology*, 13 (1), 1994, 3-13.

LA INTERACCION BIOLOGICA*

Michel Soule**

El psicopatismo precoz, es decir, la constitución mal establecida de algunos mecanismos que se revelarán muy pronto en la vida del recién nacido (a partir de los primeros días) exigían para ser explicados, que se invocasen sistemas puestos en funcionamiento muy temprano.

Léon KREISLER ha propuesto llamarlos: “los núcleos psicopatológicos primarios”.

De hecho, desde que se incluyó en la perinatología el período antefetal, es decir la construcción del feto y de sus mecanismos, podemos llevar a este período la explicación de elaboraciones biológicas que se manifestarán después del nacimiento. Tendremos en adelante que comprenderlos, como todos los elementos del desarrollo del bebé, como el resultado de un sistema interaccional arcaico, desorganizado o caótico y contradictorio con unos padres que interaccionan de maneras alguna vez divergentes.

Han quedado en la actualidad, bien definidos planos diferentes y áreas interdependientes, a través de factores de interacción:

- a) Interacciones naturales o instintivas o etológicas;
- b) Interacciones afectivas (D. Stern);

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: “Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia”.

Traducción realizada por Sokoa Lasa.

** Catedrático de Psiquiatría Infantil Univ. René Descartes. París V.

- c) Interacciones fantasmáticas con sus múltiples aspectos: neurosis infantil de la madre, vivencias de la madre y del padre, Novela Familiar, y mandato transgeneracional cuyo valor apremiante interviene muy pronto, y, además, acompaña al deseo del niño en sus avatares a lo largo de su vida.

Michel FAIN habla de la “experiencia del conflicto” y no de interacciones. Léon KRISLER y Michel SOULE piensan que el concepto de “interacción” es más rico y tiene en cuenta numerosas peripecias conflictuales y también toda la complejidad de la teoría de la información.

Querría, aquí, hacer aparecer y valorizar otro “sistema” interactivo, aún más precoz y más apremiante: el de la interacción biológica.

Pierre MARTY, en las elaboraciones de su teoría de la enfermedad psicosomática –y especialmente en la búsqueda de la etiología de la estructura alérgica– quería resaltar lo prenatal y asegurarse de esta manera una base biológica a su teoría.

El mismo FREUD aludía a ello cuando evocaba la “Roca Biológica”.

Hoy en día se consagra mucha inteligencia y energía a la genética molecular y a la predestinación debida a los genes determinantes o aceleradores, inhibidores o inversores, incluso, “falseadores”, pero hay que tener también muy en cuenta las condiciones de la vida y del desarrollo del feto, tanto por él mismo como por su madre¹.

En efecto estos biólogos del feto y del embarazo no razonan sino en términos de interacción biológica madre-feto: la barrera placentaria, evocada por Michel FAIN no tendrá ya el

¹ Mis funciones desde hace cinco años - siquiatra en un servicio de medicina fetal (Dr. Fernand DAFOS, Instituto de Puericultura) donde trabaja un equipo pluridisciplinar de gran calidad, me han permitido preguntar a numerosos ginecólogos, genetistas, y sobre todo biólogos, en concreto a François FORESTIER sobre ésta interacción biológica. Expongo aquí algunos de sus ejemplos.

carácter de intangible que le atribuía en sus esquemas. Hay otras vías para esta interacción y otros canales para las señales.

Todas las toxemias del embarazo son debidas a interacciones nefastas: la más famosa, por ejemplo: la incompatibilidad Rh (existen múltiples formas) es debida a que el feto envía hematíes “no aceptables” por la madre cuyo cuerpo se defiende secretando anti-cuerpos que atacarán y destruirán los hematíes del feto.

Estos mismos biólogos consideran el embarazo en si mismo como una interacción madre-feto: el feto es un cuerpo extraño que se impone con sus características procedentes del padre. La madre se defiende contra ese cuerpo y trata de expulsarlo. El feto, por su parte, se defiende por mantenerse y es él quién provocará a su debido tiempo el parto. Si es la madre la que gana desde el principio, provocará un aborto espontáneo. Esta supremacía maternal puede repetirse.

Desde que un óvulo fecundado intenta adherirse al endometrio, el cuerpo de la madre lo considera como un cuerpo extraño y segrega los anticuerpos que tienden a destruirlo y a expulsarlo. El embrión segrega sus propios anticuerpos para defenderse. Si lo consigue, el embarazo sigue, si no es un aborto ultra-precoz que parecerá clínicamente como una regla un poco abundante.

En relación a la lucha madre-embrión y a los numerosos abortos ultra-precozes (3 ó 4 expulsiones de óvulos fecundados para conseguir un embarazo explican la frase de Jean BERGERET: “ella o yo”).

El embarazo desencadena todos los mecanismos habituales tras un injerto de un tejido extraño. Los biólogos hablan de “reconocimiento” o de “no reconocimiento” inmunológico.

A medida que el embrión no tiene los recursos necesarios, se debilita (malformaciones genéticas, anomalías) y no puede defenderse contra la acción de expulsión de la madre.

Hay que destacar que en algunas circunstancias, es una característica procedente hereditariamente del padre que vuelve al feto nefasto, cuando esta característica no es, como dicen los biólogos (François FORESTIER), “reconocida” por la madre.

PADRE Y SEMI PLACENTA

Lo que constituye para el embrión el riesgo de incompatibilidad, es el stock de informaciones genéticas procedentes del padre. Si hubiese un origen partenogénico posible para el embrión, sería un homo-injerto y no habría rechazo.

Los problemas inmunológicos en la interacción madre feto se comprenden como: el feto hereda del padre una característica no conocida por el cuerpo de la madre que “no la reconoce” o que no la “lee”. El cuerpo de la madre recibe entonces un cuerpo extraño incompatible “la triada de la muerte”.

Algunas veces aparece lo que los biólogos llaman “anticipación de la enfermedad”, es decir que esta última es cada vez más grave con cada generación. Se puede decir que hay un mandato transgeneracional genético en cada embrión, pero en este caso se convierte cada vez más apremiante biológicamente.

La madre está más o menos protegida de la acción tóxica fetal según la calidad de su propia inmunidad establecida anteriormente. Existen ejemplos muy conocidos que revelan incompatibilidades masivas, como la incompatibilidad Rh. Seguramente existen numerosas situaciones que se desarrollan en un registro menor o enmascarado, pero que deben dejar graves secuelas biológicas.

El **R.C.I.U.** (retraso del crecimiento intra-uterino) es debido a varias causas, especialmente obstétricas pero, una de sus causas puede ser descrita de manera esquemática: la G.H. o gran hormona es secretada muy pronto por los trofoblastos, células precedentes de la placenta. Dicha hormona no actúa directamente sobre el embrión, pero sí lo hace en la madre.

Desencadena la secreción de una hormona de crecimiento que no actúa sobre su propio organismo, pero se va a dirigir hacia el embrión, que receptivo va a crecer. Se pueden describir varias interrupciones: insuficiencia trofoblástica de secreción de la G.H., “no reconocimiento” por la madre de las informaciones aportadas, secreción insuficiente de la madre, “no reconocimiento” de esta hormona materna por el feto.

Este ejemplo, aunque habría muchos otros, ilustran bien la interacción biológica constante entre el feto y su madre a lo largo del desarrollo primitivo.

La interacción biológica se manifiesta de nuevo de repente, cuando se amamanta; en efecto, esta situación es particularmente rica en diversos modos interactivos psíquicos y afectivos de la madre y del recién nacido. Pero también hay que tener en cuenta la prolongación de la interacción biológica: la madre pone una glándula que le pertenece –el pecho– en la boca del recién nacido y vierte una secreción que actúa en su cuerpo. Por su parte, el recién nacido, con su comportamiento (la succión) actúa en el funcionamiento biológico de la madre.

Si la madre influye en el feto, el feto también actúa en la madre. Ejemplos:

El **feto mortífero**, que arrastra a su madre hacia la muerte: (véase el dilema obstétrico de Napoleón tras el nacimiento difícil del rey de Roma: “Salvad a la madre, se lo ha merecido!”).

El feto muerto en el útero provoca rápidamente trombosis intra-arteriales. El cuerpo de la madre los considera como coágulos y secreta sustancias para destruirlos. Esto entraña el peligro de provocar una hemorragia cataclísmica en el nacimiento que puede llevarse a la madre.

La **hipertensión de la mujer embarazada**: el desarrollo del feto lleva consigo un aumento de la masa sanguínea global. Normalmente, hay una corrección del trabajo cardíaco debido a un sistema de compensación dirigido desde la placenta. Si esto no se produce, la hipertensión maternal se agudiza y se vuelve nociva para el feto.

Describiendo esta perspectiva interactiva, hay que evitar un posible sesgo adultomórfico.

Cuando hablamos de la vida del feto, y especialmente aquí, de su interacción biológica con su madre, se puede estar tentado a ceder a algunas extrapolaciones y aplicarle modelos de interacción que no convienen más que a un período posterior, después del nacimiento. Esto último lo tratan los estudios actuales sobre las sensaciones del feto, las fechas de su aparición, sus modalidades, sus componentes.

Más tarde podremos sin duda precisar si hay o no “percepción”.

Todo lo que he descrito pertenece al período prenatal de la perinatología donde constituye un elemento de base.

El desarrollo del feto, sobre todo en las últimas semanas del embarazo, hace del feto el precursor del recién nacido.

Así mismo estos últimos años hemos establecido la clínica de la psicopatología del recién nacido, gracias a numerosas observaciones y a una reflexión sobre su dinámica interactiva, pero nos falta crear una clínica del funcionamiento del feto. Esto ha sido posible gracias a los progresos de las imágenes fetales.

ALGUNAS IMAGENES QUE MUESTRA LA ECOGRAFIA

- El feto orina y bebe continuamente lo que hace funcionar el circuito amniótico.
- El Doppler a color y los circuitos cuádruples del líquido amniótico: boca-nariz-aspiración-expulsión. El cruce de estos circuitos: la faringe.

Primeros autoerotismos - revisión y cuestionamiento

- Las etapas bucales: boca y labios en reposo
 - boca que bebe - deglución
 - boca que rechaza lo que proviene de la faringe (movimiento de pera de goma)

- Lo que proviene de la nariz
 - labios que se entrebesan
 - puesta del puño en la boca
 - del pie
 - del cordón
 - ¿del sexo?

Al nacimiento: sequedad de la faringe, sensación de cartón, necesidad de humedad, al menos tan fuerte como el hambre (Spitz) y la descripción de la cavidad primitiva.

Fetos que vomitan: flujo que se ve en el Doppler a color - Obstáculo digestivo esofágico, a veces no encontrado - ¿Lugar del mericismo fetal?

Partología: hipoamios seco: feto que boquea buscando el líquido como un pez en la arena. Cuando se le pone suero, se pone a beber ávidamente.

EL ADOLESCENTE Y LA VIOLENCIA. REFLEXIONES CLINICAS*.

Luis M. Feduchi.**

El concepto de violencia que usaré a lo largo de ésta comunicación, se refiere a la expresión destructiva de la agresividad dirigida hacia el objeto. La violencia tiene como finalidad última, por lo tanto, la destrucción o el dominio del otro por medio de un acto de fuerza. En este sentido utilizo más un término sociológico que psicológico, como podría ser agresividad, instinto de muerte u odio.

Tomo el término violencia como lo escuchamos en la clínica: como un síntoma que presenta el adolescente y que le ocupa a él o a su entorno.

En los meses que han transcurrido, desde que me ofrecieron el colaborar en éste Congreso sobre este tema, hasta hoy, pienso que ha aumentado la inquietud en la sociedad, o al menos los medios de comunicación han dedicado muchos espacios a los problemas de la violencia juvenil. Esta alarma social presiona sobre las Instituciones y los profesionales que trabajamos con esta población y nos compromete a reflexionar y hallar respuestas que ayuden y contengan estas ansiedades.

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psiquiatra. Psicoanalista Sociedad Española de Psicoanálisis.

Mi deseo, por tanto, es intercambiar impresiones sobre el fenómeno de la violencia, y hacerlo desde la clínica, que es el campo en el que me desenvuelvo.

La violencia tiene su manera de expresarse en todas las etapas del desarrollo; esto, que es obvio, es algo que acostumbro a incluir siempre que me refiero a algún tema sobre adolescencia, porque la tendencia de la sociedad es atribuir a esta población la causa de todos los males, la droga, delincuencia, accidentes, etc.

Existen múltiples factores desencadenantes de violencia en la adolescencia: defensas narcisistas o paranoides, celos o envidia, intolerancia a la frustración. Grandes cuadros: delirio, alucinaciones, psicopatía, adicción, perversiones,... Yo voy a tratar de describir dos defensas frecuentes que tiene que ver con las ansiedades que despierta la consecución de una nueva identidad.

Lo voy a hacer a través de algunos fragmentos de material clínico de dos "skin head", dada la resonancia que en este momento tiene este tipo de movimiento. Sin duda es un problema sociológico, económico, político, cultural, pero que tiene muchas veces un componente, cuando no un desencadenante psicológico, que es donde me voy a detener.

Me telefona una madre pidiendo consulta para su hijo. Me explica nerviosa que a lo mejor es una tontería, pero nota que su hijo es cada vez más violento. Pega a sus hermanos pequeños, sobre todo al que le sigue, de manera que algún día le hará daño. Le nota más cambiado en todo, de aspecto... Le pregunto la edad, acaba de cumplir 16 años. ¿Cómo ha pensado mi ayuda? El chico quiere consultar porque va mal en los estudios y quiere dejarlos. Le parece bien hablar con alguien que le oriente. Pero lo de violento no se da cuenta.

El muchacho se presenta a la hora que le doy, muy azarado y con la cabeza baja. Lleva el pelo rapado, la cazadora al brazo y bambas. Sólo le faltan las botas para que su aspecto sea el de un skin.

Comienzo diciéndole que sé que le van mal los estudios y que quiere hablar con alguien porque está desorientado.

–Bueno, desorientado no. Yo no quiero estudiar ni hacer nada. Estoy bien así.

–Y ¿luego?.

–No sé... Ahora tengo amigos. Después trabajaré en algo.

–¿Tienes alguna afición?

–Me mira por primera vez y se sonríe.

–Hombre claro, un bar. Montar algo divertido... Antes hay que ganar pelas, pero no hay trabajo. Mis amigos están sin trabajo. Para nosotros no hay trabajo. Hay mucho manguí, mucha gente de fuera.

A partir de aquí hace una larga explicación de todo su pensamiento de contenido xenófobo, con desprecio a otros grupos, y con críticas a la policía que los protege, y termina diciendo: nos lo tenemos que hacer nosotros porque nadie nos va a ayudar.

Hay un largo silencio...

–Tú le dijiste a tu madre que querías hablar con alguien, ¿era de esto?.

–Sí, estas cosas no las saben, no las hablo con ellos.

–No estás bien en casa.

–Pero no me importa... ya me iré.

Otro silencio...

–Y ¿Por qué estás mal?.

–Somos muchos, mis padres, mi abuela, dos hermanos. No hay sitio para nada... Mis hermanos siempre por ahí. Me molestan, se aburren y quieren jugar, me preguntan, me agobian, no me dejan... sobre todo Antonio.

–¿Qué pasa con Antonio?.

–Tiene 12 años y parece un crío de 5. Tiene miedo a todo. Me cabrea y le atizo. A ver si espabila (se le nota rabioso). No

le agunto (se agita en el asiento moviendo los pies y golpeando uno contra otro).

Silencio...

–Estas peleas también preocupan en tu casa.

–Es que no se dan cuenta de que le están haciendo un desgraciado. Un niño débil, asustado... Yo le atizo y me quedo tan tranquilo.

Ha pasado media hora, le noto nervioso y envalentonado; decido terminar. Le propongo otra entrevista: me dice: si hombre, de acuerdo...

No es el mismo muchacho azarado del principio.

En la primera parte de la entrevista se podría pensar que se trata de un hermano mayor obligado a serlo por la presencia de dos pequeños y dominado por los celos, casi verbalizados en su discurso xenófobo: me quitan todo, no me hacen caso.

La fantasía de tener un bar correspondería a una defensa más de carácter maniaco: ser él quien despierta necesidad y excitación, y su indumentaria skin le diferencia de sus hermanos, negando así cualquier asomo de celos. Pero a partir del momento que surgen sus hermanos en la entrevista, la hipótesis se dirigiría más hacia la proyección en ellos de partes infantiles que no puede tolerar dentro de él, que le agobian; y al preguntarle por Antonio, sale con toda la fuerza la localización de la proyección: el miedo, la debilidad, la dependencia, como aspectos imposibles de superar y que cualquier adolescente teme que impidan el desarrollo.

A veces estas tendencias regresivas, estancamientos o simplemente la presencia de la parte infantil, son mal toleradas por el entorno, que presiona al adolescente a un ritmo de desarrollo para el cual no se siente preparado o es inadecuado. Esto puede originar otro tipo de violencia y fracasos.

La violencia que yo quiero remarcar proviene de la identificación proyectiva en un objeto que ofrezca un buen soporte,

de aquellos aspectos que el adolescente siente débiles y despreciables en él mismo. Para lo cual él necesita adquirir un rol de valor y fuerza demostrable y contar con un objeto al que atacar y tiranizar.

Este mecanismo es frecuente observarlo en relaciones familiares, en grupos de escuela o de barrio, dónde un miembro del grupo recibe los golpes del otro, que a su vez trata de convertirle en la cabeza de turco de todos los demás. Es un funcionamiento tan primitivo que al poco tiempo el propio grupo lo elabora o aísla al individuo violento, que en el mejor de los casos acaba teniendo conciencia de su conflicto.

La identificación proyectiva es un mecanismo inicial para aproximarse a lo desconocido. Lo que la hace patológica es la calidad destructiva de lo proyectado y la permanencia de la identificación.

El mecanismo habitual que utilizamos para comprender lo que pasa al otro es ponernos en su lugar. Cuando a través de este mecanismo volvemos a pensar lo que le pasa al otro nos identificamos con su emoción y la compartimos, es decir, empatizamos, compartes la alegría, la tristeza, el éxito o la injusticia aunque no intervengas tu directamente. Te solidarizas.

Cuando falta el mecanismo de retorno de la identificación, lo proyectado queda incluido en el otro, formando parte del objeto, con lo cual la persona queda aliviada de las ansiedades que le producía aquellos aspectos que le eran intolerables. Ya no se pone en lugar del otro sino que pone en el otro partes de él, es decir, no se solidariza sino que lo ataca, identificándose con lo malo.

Me detengo en describir éste funcionamiento por todos conocido, con la intención de destacar primero que dada la situación de crisis que pasa el adolescente, es un mecanismo al que recurre constantemente y segundo que, como el adolescente es un ser en constante dialéctica con su entorno más próximo, es importante valorar dicho entorno y la respuesta que da a sus identificaciones proyectivas.

La reacción normal e histórica de la juventud siempre ha sido la solidaridad. La solidaridad la ejercen en los grupos de iguales poniéndose en el lugar del que sufre, ayudando y formando piña; lealtad, amistad. Desde la experiencia grupal el joven es capaz de extender esta postura a todos los campos. Es lo natural de la elaboración y del progreso, por eso no es noticia. A veces, sobre todo en este momento de tanta alarma, dan ganas de enumerar los movimientos juveniles contra la guerra, las pruebas nucleares, la prestación civil voluntaria y que debería despertar al menos tanta tranquilidad en la sociedad como miedo despiertan las conductas violentas.

Cuando el entorno no desarrolla adecuadamente posturas ideológicas que permiten al adolescente aceptar sus propias dificultades a través de empatía, es decir, cuando la sociedad se hace intolerante con los débiles o dogmática y maniquea en sus planteamientos, la identificación proyectiva encuentra un caldo de cultivo par acoger los aspectos menos deseados, a la vez que facilita la idealización de lo bueno convirtiéndolo en lo mejor y en lo único.

El segundo mecanismo en el que la violencia hace aparición, está relacionado con las ansiedades que movilizan la pérdida de identidad en la adolescencia.

Voy a ofrecer algunos datos de un muchacho que comentamos en un grupo de trabajo de Delegados de Asistencia al Menor (DAM) del Departamento de Justicia Juvenil.

Se trata de un menor de 15 años al que se le pone una medida de Libertad Vigilada (LV) de 5 meses por participar en una pelea junto a otros muchachos mayores que él, 17 - 18 años, todos ellos cabezas rapadas.

El menor se presenta al delegado (DAM) diciendo que es skin, y con toda la indumentaria, signos, bandera, cinturón de un club de fútbol. Dice que pertenece a las brigadas del Club. Cuando termina de contar todas sus actividades grupales y algunas ideas narradas de una manera muy primitiva –por ejemplo dice “yo soy un facha”– ya no dice nada más.

El DAM le pregunta sobre las peleas, el contesta que no participa, que le denunciaron porque estaba allí. Se aleja un poco pero ni se mete ni se va. En el fútbol tampoco se pone en el campo con todos. Lleva todos los signos pero se va con un amigo a su entrada de siempre y luego a la salida se marcha con el grupo.

Hace pocos meses que va con los skin. Antes no hacía nada. Estaba en casa, bajaba un rato a la calle. La escuela la dejó porque no entendía bien, sobre todo no atendía y se perdía todo. No tenía amigos.

Ahora está bien. Tiene amigos y sabe donde ir. Vive con sus padres. Su madre trabaja muchas horas desde siempre porque su padre está enfermo con un trastorno cardiopulmonar, el lo recuerda siempre en casa enfermo respirando mal. Tiene un hermano mayor de 25 años, también en casa. Cuando él era pequeño su hermano se marchó, al poco tiempo volvió y no hace nada, habla muy poco, le parece que tiene algo mental.

El DAM comenta en el grupo el contraste de la forma de expresarse al comienzo de la entrevista, él es skin, brigada, tiene amigos, con el tono triste y apagado con el que cuenta su situación familiar.

La crisis de identidad que desencadena la irrupción de la pubertad, obliga a las personas a una revisión de todo lo que hasta entonces eran referencias estables: esquema corporal, conocimientos y sentimientos, grupo familiar.

De la elaboración de esta crisis de pérdidas y adquisiciones va a surgir una nueva identidad.

Este proceso, que se ha descrito como elaboración de duelos (duelo por el cuerpo infantil, por la bisexualidad y por los padres idealizados), junto con la adquisición de las nuevas experiencias a través del inicio de la intimidad en el pensar, la pertenencia a un grupo, o las respuestas corporales, va a culminar con una nueva identidad, un nuevo concepto del Yo corporal y relacional y una identificación con un rol social.

Las ansiedades y defensas que se movilizan en éste proceso son importantes cualitativa y cuantitativamente.

Uno de los temores frecuentes se centra en las tendencias regresivas frente a las dificultades fantaseadas o reales de la consecución de algún logro. El adolescente siente un verdadero horror a quedarse anclado en su situación infantil con la fantasía de perder para siempre el tren de sus iguales. A veces las tendencias regresivas son proyectadas al exterior acusando al entorno de su estancamiento o haciendo jugar al grupo externo roles controladores o represores que confirmen la localización de su falta de progreso. Otras veces se puede idealizar la regresión con posturas místicas o conductas adaptativas a los deseos más conservadores del entorno, ayuda en casa, estudios, y por último puede intentarse una pseudoidentidad con la adquisición inmediata de un rol que no exija demasiados compromisos ni riesgos de fracaso. El uniforme o el disfraz es fácil de adquirir, aunque la pertenencia a algunos grupos requiere una estética para la cual no todo el mundo tiene sensibilidad. Otros comparten una ideología elaborada en cuanto a ciertos modelos de sociedad, o una cultura donde la música y la plástica juegan un signo diferencial.

Por lo tanto cuanto más simple es la estética y más primitiva la ideología más fácil es el acceso. Si la violencia es lo opuesto a la estética y al pensar, es fácil entender que ingresar en un grupo de cabeza rapadas no cuestiona tus capacidades de desarrollo y pasas casi automáticamente a disponer de una identidad externa y de una ideología simple donde el bien o el mal no admite dudas.

Este menor, que seguramente no ha tenido posibilidades de introyectar buenas experiencias durante su infancia, llega a la adolescencia desprovisto de elementos que le permitan sentir la pérdida, elaborarla y encaminarse a nuevas experiencias. Se ve amenazado por tendencias regresivas que le conducen a una inmovilidad, como la del padre o a una incomunicación, como la del hermano.

Sus intentos de progreso le llevan a la escuela pero le falla su atención y su entendimiento, da igual cual de las dos motivaciones sea la primera, como le falta motivación para incorporarse al grupo de pares, no siente el deseo de ponerse a prueba.

El ser violento como identidad sólo le exige un disfraz, unas consignas, ritmos muy primitivos, y estar. Así se presenta al DAM con el tono firme de aquel que es, porque la gente le mira y sale en los periódicos.

La clínica además de observar, diagnosticar y proponer soluciones, extrae datos y conclusiones que van configurando los grandes síndromes y cuadros clínicos. Pero la clínica también cumple una función de advertencia y de señalar riesgos, es decir, preventiva, encaminada a enriquecer los programas de higiene y los estudios epidemiológicos.

Las dos situaciones que yo presento, ilustradas con un fragmento de material clínico, refieren una problemática personal y una orientación terapéutica individualizada.

Pero podríamos hacer unas reflexiones que desde la clínica pudieran aportar algún elemento a la comprensión e incluso a la prevención de las conductas violentas.

Por ejemplo, en el primer caso, la madre me telefona porque la familia no soporta la agresión de su hijo mayor hacia su hermano Antonio y pide ayuda. El objeto "Antonio" donde el paciente proyecta sus partes débiles no deseadas, seguramente es un objeto adecuado para identificar la proyección, pero ni Antonio ni el grupo familiar está dispuesto a transigir con la violencia ni a soportar una tiranía y trata de poner remedio.

El paciente va ampliando su proyección a nuevos objetos, gente necesitada, (xenofobia), con identidad distinta (racismo), y encuentra primero a un grupo que comparte los mismos enemigos y los mismos odios, segundo, unos sectores de entorno más próximo, que con su silencio, y a veces con su complici-

dad, transigen con ciertas expresiones violentas porque reportan beneficios comerciales, empresariales o ideológicos, y por último unas respuestas globales de la sociedad que no ayudan a convertir la violencia contra el débil en solidaridad. Porque tenemos que reconocer que no estamos precisamente en un momento donde los movimientos solidarios tengan su mejor acogida, ni mucho menos se fomenten.

El segundo muchacho antes de llegar al Departamento de Justicia Juvenil ha pasado por otras muchas instituciones, privadas y públicas. A través de la enfermedad crónica del padre y del trastorno mental del hermano alguien debería haberse interesado por él. La dificultad de entender en la escuela o el absentismo tiene que haber llamado la atención de alguien.

No sé las ayudas que ha recibido este menor, pero todas estas oportunidades que ha tenido la sociedad de atender a este niño, son básicas para facilitar en la pubertad una buena elaboración de la crisis de identidad. La introyección de objetos buenos y capaces permiten la conservación de unos valores que dan seguridad y estímulo para vivir nuevas experiencias. Si no, es posible que domine como único instinto el odio, y su expresión relacional, la violencia, pase a formar los primeros rasgos de identidad.

Todavía este menor, con la rabia como único motor relacional, y huyendo de sus tendencias regresivas y del aburrimiento, otro de los grandes desencadenantes de la violencia, podría encontrar en su entorno maneras de canalizar esos impulsos sin que se tornen puramente destructivos.

Como espectador de fútbol se llama brigada, no hincha o socio. No acaba de participar en la violencia, como en las peleas, pero tampoco puede separarse pues le protege de la soledad y del aburrimiento. Alistarse en las brigadas y ser reconocido como tal es, por tanto, una necesidad.

El DAM iniciará un proyecto educativo con el menor que le ha sido encomendado durante el período que dura la medida

de L.V. Una de sus actividades es buscar un recurso que facilite el desarrollo de aquellas cualidades globales que le permitan realizar posibilidades individuales y sociales que no ha tenido ocasión de verificar.

Se trata de encontrar junto con el menor una actividad en que se vea realizando algo que le interese, le permita tener iniciativa y le enganche, es decir encuentre una gratificación. No importa que la actividad sea práctica, tenga futuro, o tenga un contenido pedagógico. Puede ser un deporte o un taller, una salida en grupo o cuidar de animales. Lo que se intenta es que el adolescente tenga oportunidad de verificarse en algo que él desea o piensa y que nunca puede hacer, lo haga junto con otros, y tenga un monitor que le instruya y le oriente.

Si esta primera prueba tiene éxito, luego vendrán otras propuestas.

Estas experiencias son bien acogidas por los menores y en número elevado, abren paso a otros programas más elaborados.

Si pensamos que se trata de menores que ya han delinquido y que la acogida de este proyecto educativo viene impuesta, ¿qué pasaría si estos programas se ofrecieran voluntariamente y antes de acudir a la violencia o al delito por falta de identidad?

He dejado de lado los grandes cuadros psicológicos y psiquiátricos generadores de violencia como la psicosis o los trastornos graves de la conducta, primero porque no son tan específicos de esta etapa evolutiva, y además porque no es tan fácil detectar su dialéctica con el entorno, como en estas dos defensas una encaminada a librarse de aspectos que ponen en peligro el desarrollo, usando la violencia contra esos aspectos localizados fuera mediante la identificación proyectiva y la otra adquiriendo el rol de violento contra la ansiedad de la pérdida de identidad y la imposibilidad de se alguien so pena de quedarse solo para siempre.

Además pienso que son defensas bastante fáciles de diagnosticar en la consulta más cotidiana.

Y por último porque creo que son dos defensas en que el entorno está tan involucrado que puede intervenir neutralizando la violencia, o puede facilitarla, e incluso articularla.

VIOLENCIA Y FAMILIA: PADRES MALTRATADOS*

Leticia Escario**

En esta comunicación me propongo plantear algunas cuestiones que, sin duda nos resultarían familiares a todos los profesionales que trabajamos en Clínica infanto-juvenil.

Cuando unos padres llegan a la consulta explicando la situación conflictiva de un hijo y transmiten sus sentimientos, tratamos de mantenernos a una cierta distancia para evitar identificarnos masivamente con la ansiedad que manifiestan, tratamos de ser neutrales, de no tomar partido ni con el hijo del que nos habla, ni con ellos mismos.

Intentamos situarnos como observadores y receptores del sufrimiento presente en la demanda para investigar y situar el proceso diagnóstico y terapéutico que se inicia en el primer contacto.

Voy a centrarme en un tipo de conflicto relacional que se manifiesta a través de patrones en los que predominan la violencia, la intolerancia y la incomunicación, es decir, en los que los malos tratos físicos y psíquicos son una constante en la convivencia familiar.

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psicólogo. Psicoanalista Sociedad Española de Psicoanálisis.

EJEMPLO CLINICO

Los padres de Mario me consultan cuando el niño tiene 2 años 4 meses. Son una pareja joven, con estabilidad económica y social, Mario es único hijo.

La madre explica que Mario, es super-nervioso y peleón en extremo, super-agresivo, no saben como tratarlo. En la guardería pega, muerde y tira del pelo a los demás niños sin motivo aparente, no saben como tratarlo, repiten.

Evitan reñirle demasiado, también los mimos excesivos, están desconcertados, en el colegio también.

Se sienten agobiados y tiranizados. Mario no duerme, puede despertarse diez o doce veces durante la noche, no sirve dejarlo llorar ni quedarse con él.

Provoca y desafía, si le contradicen, se enrabia, se tira al suelo, se golpea la cabeza hasta hacerse daño. La madre llora desconsolada en este momento.

El padre explica que piensan cambiar su lugar de residencia para vivir más cerca del trabajo y poder estar más horas con el niño. Creen que no le gusta la casa en la que viven, tiene un pequeño jardín pero el niño no quiere jugar en él. Tampoco aprecia los juguetes ni se entretiene con nada, de la TV prefiere los programas de niño mayor, los Simpson por ejemplo.

La madre dice que si se queda sola con el niño está atemorizada porque se niega a todo, al baño, a comer, a dormir, no acepta ninguna norma, las noches son una pesadilla, no consiguen llevarlo a la cama; no valen los cuentos; las canciones ni tomarlo en brazos, han llegado a desconectar la luz general de la casa para, con ese pretexto, llevarlo a dormir. Se han ido todos a la cama a las nueve de la noche, han puesto sábanas azul cielo, “dicen que son relajantes...” “la cuna con la cabecera orientada al norte...”

Al colé va en pijama, no quiere vestirse, y cuando se viste no quiere desnudarse, los premios o los castigos no hacen ningún efecto.

“... Puede conmigo”..., dice la madre...

“Conmigo también”, dice el padre...

La pareja desbordada acaba discutiendo y peleando, sienten que peligran su matrimonio ya que no consiguen estar de acuerdo. Si uno es tolerante, el otro se pone exigente y viceversa... “eso es malo... para el niño y para nosotros...”

Fue un embarazo muy deseado, perfecto hasta el séptimo mes... “Parecía que quería nacer”... “ya empezó a ir a su aire... sentía que el bebé me presionaba hacia arriba, como si quisiera salir por la boca”....

Nació a los nueve meses con fórceps, la madre tuvo alergia al hilo de sutura y tardó veinte días en reponerse de los puntos. Después una mastitis, “me moría de dolor al darle el pecho”.

El primer baño, a la semana fue un drama, “lo tengo filmado” “no he podido separarme de él, ni un minuto hasta los diez meses que inicia la guardería...” “y aunque Vd. no lo crea era un bebé precioso pero con “cara de malas pulgas”.

El primer año ha sido una tortura..... “yo sudaba... tenía que vestirme con ropa de verano aún en pleno invierno porque quedaba empapada de sudor al estar con el niño... Este año, cuando no puedo más, me voy y lo atiende el padre o la abuela materna, que lo llena de regalos y le consiente todo”.

“A veces puede ser tierno, cariñoso, chulísimo, pero es las menos. El padre tiene más paciencia”... “a mí me sube una rabia terrible por el cuerpo y me siento la madre peor tratada del mundo”....

COMENTARIO

Cuando me pregunto por qué esta madre se siente “la madre peor tratada del mundo”, pienso que sus sentimientos son certeros ya que entre ella y el hijo existe un desencuentro permanente, no parecen poder encontrarse para darse satisfacción mutua, sino que, la descarga masiva de frustraciones y

ansiedades estimula un patrón de relación en el que la DEPENDENCIA se convierte en SOMETIMIENTO, y el sometimiento en TIRANÍA, expresión máxima de la violencia puesto que es una relación unidireccional encaminada a dominar sin alternativas posibles.

La ausencia de alternativas, es decir, de una relación en la que la interacción modula, matiza, “negocia”, crea ese estado de desesperación que describen los padres de Mario: no saben como tratar al niño, no tienen tácticas, están inseguros, dan “palos de ciego”.

Las necesidades del bebé que pueden manifestarse con gran intensidad, al ser recogidas como exigencias, dan lugar a una respuesta airada, irritada, impaciente que lejos de satisfacer y gratificar, estimula la demanda siguiente que ya no tiene espera. En esta escalada de proyecciones, la contención, la “reverie”, la metabolización de ansiedades no encuentra un espacio adecuado, todo lo cual configura ese pequeño o gran drama que llega a la consulta en el que unos padres jóvenes y aparentemente sanos no saben, no pueden comunicarse con ese primer hijo, tan deseado...

ENTREVISTA CON EL NIÑO

A la siguiente visita vienen los padres con Mario, este en brazos del padre se mantiene algo distante pero no me rechaza.

Después de unos minutos, acepta la caja de juguetes, los mira, los saca y pone algunos encima de la mesa.

Es un niño guapo, normal para su edad, ágil y con un buen nivel de lenguaje, la madre comenta que hoy ha ocurrido algo increíble, ha estado jugando solo un buen rato en casa de unos amigos.

El niño entre tanto se interesa por los animalitos de juguete, por los cacharritos y hace ver que les da de comer.

Los padres explican que tiene pasión por los cuchillos, tiene que comer solo, como los mayores con cuchillo y tenedor.

Mario reclama mi atención cuando los padres hablan pero está contenido, el padre comenta que están tratando de negociar con él pero no es fácil, la madre dice que ella no se atreve ni a respirar desde que se levanta hasta que se acuesta por temor a que el niño “se tuerza”.

Mario coge papel y lápiz y me los acerca, pregunto que puedo hacer: “Pinta un caballo”....

Empiezo a dibujar y el con brusquedad hace rayotas encima al tiempo que ríe provocativo, la madre saca un chupete del bolso y lo pone sobre la mesa, el niño me pide que dibuje un caracol, repite lo mismo que antes, con fuerza hace desaparecer mi caracol bajo sus rayotas. El padre algo nervioso dice: “¡que bonito has pintado la luna! la madre dice quizás es un sol, el niño se frota los ojos y la nariz, el padre dice que tiene mocos y trata de sonarle, el niño se niega, “¡tengo sueño!” parece impaciente. Intervengo para llamarle la atención hacia los animalitos tumbados en la mesa diciendo “quizás también tienen sueño”. por un momento se interesa y se tranquiliza, añado que, a veces, no es fácil entender las demandas del niño.

La madre más relajada vuelve a insistir en las dificultades para dormir y en su desesperación cuando el niño se pone furioso y ellos no saben que hacer. A veces no pueden evitar darle un cachete o unos buenos azotes o cuatro gritos, pero el padre se queda destrozado, no soporta la violencia y si le pega, después llora, y no duerme en toda la noche, ella en cambio de momento se queda descansada, “yo era igual de pequeña, rebelde, cabezota, mi madre me trataba con mucha dureza con autoritarismo, ahora con Mario es todo lo contrario, mi padre era más dulce pero hacia respetar los normas, murió hace unos años”.

COMENTARIO SOBRE LA ENTREVISTA CON EL NIÑO

He recogido solamente algunas de las muchas y diferentes situaciones que se dieron en este primer encuentro con el niño y sus padres.

Mario me pareció mucho más colaborador y contenido de lo que me esperaba. Algo temeroso hacia mi pero no de forma excesiva.

Si le veía con ganas de coger los juguetes, de explorar el entorno sin ser invasivo.

Vi un niño con un buen nivel evolutivo, satisfecho de ser el centro de atención de tres adultos, papá, mamá y “la doctora” como dice la madre. Hecho que recoge ésta cuando comenta lo increíble ocurrido hoy, el niño jugando solo en casa de sus amigos.

Cuando el niño me pide que dibuje para garabatear encima, observo, de que diferente manera recogemos o interpretamos los tres adultos, la manifestación del niño. Yo lo recojo como lo que es, unos garabatos, mientras que los padres quizás tratando de contener su frustración o el sentimiento de haber sido agredidos hacen una interpretación negadora e idealizadora “¡que bonito!, es un sol, o una luna”... lo cual de idea de sus temores e inseguridad frente al niño.

También es muy significativo cuando la madre pone el chupete sobre la mesa, pienso que además de ser un movimiento defensivo, delegando en el chupete la contención del posible ataque destructivo, es también una forma de protegerme y de mantener a salvo nuestras capacidades, nuestra integridad.

En las expectativas que surgen al iniciar la relación terapéutica la fantasía de que el niño pueda agredirme moviliza una gran ansiedad, si también me ataca a mí ¿cómo podré ayudarles?.

Por otra parte los padres están desilusionados y angustiados, yo no les voy a creer. Como voy a hacerme cargo del sufrimiento si allí, en ese encuentro lo que tenemos delante es un “niño encantador”.

Como decía al principio todos los que trabajamos con pacientes niños y adolescentes, recibimos con frecuencia el sen-

timiento de maltrato que experimentan los padres, cuando no existe una relación placentera con los hijos. Pero aún más, no es extraño atender a una familia que ha acudido a la “autoridad”, comisaría, policía, o servicios de urgencia a causa de una agresión física, amenazas o explosiones violentas de diversa índole. Familias estables, no desestructuradas ni marginales, ya que en familias con una importante patología social, los malos tratos son habituales.

Recuerdo por ejemplo, a una madre que pierde la audición por los golpes, que en un ataque de fobia, le dio su hija de 13 años.

O el caso de Juan un muchacho también de 13 años que a raíz de un cambio de escuela por motivos de un nuevo plan educativo, inicia una conducta de oposición y negativismo similar a la de Mario pero con 13 años.

Juan se niega a ir a la escuela después de haber ido un trimestre y haber sido bien acogido. Cambia sus horarios, duerme de día, de noche ve TV oye música a todo volumen, registra armarios, cajones, vacía la nevera y juega a destrozarse objetos personales de los padres y hermana mayor. El ruido molesta a los vecinos que se enemistan con la familia, esta se plantea cambiar de casa, de barrio. Empiezan las denuncias y una escalada de violencia y desesperación que desemboca en una propuesta de separación temporal del hijo, junto con seguimiento y apoyo terapéutico familiar.

Creo que de esta problemática, que se hace explosiva en la adolescencia, se hablará más tarde, por lo que voy a volver al principio, a lo que podría constituir la génesis, los orígenes de la violencia en la organización y estructuración de la personalidad.

Decía anteriormente que me parece de suma importancia la observación y comprensión de una relación en la que la DEPENDENCIA se transforma en SOMETIMIENTO y este a su vez se estructura en forma de TIRANÍA.

La madre de Mario explica que el embarazo fue muy deseado, pero a los 7 meses el niño quería nacer y además “pre-ionaba hacia arriba, de tal forma que parecía que fuera a nacer por la boca”.

Pienso que aquí se rompe por primera vez el equilibrio de la DEPENDENCIA en la mente de la madre, el bebé deseado da la impresión de no ser más el bebé dependiente, a quien ella está haciendo crecer y madurar. Al mismo tiempo, ella ya no es más la madre dependiente del bebé que facilita su realización en la maternidad.

En ese momento en la mente de la madre, el bebé podría haberse convertido en un objeto persecutorio que la amenaza con nacer prematuramente, contra la norma, por donde no debe.

Pero hay una experiencia contenedora y el bebé nace a término. Surge la alergia, la mastitis y de nuevo se frustran las expectativas de un buen entendimiento, y de gratificación mutua. Aquello que representa un logro en la verificación de las capacidades y competencias en su identidad como madre, se impregnan de ansiedad persecutoria.

Parecería que todo lo que viene del bebé persigue y maltrata: la lactancia, el baño, el contacto sensorial, vestirle, desnudarle, dormirle.... La respuesta defensiva de la madre sería introyectada por el bebé como inseguridad, insuficiencia, confusión... de tal manera que es así como de la DEPENDENCIA pasan al SOMETIMIENTO y de ahí a la TIRANÍA, que transmiten los padres cuando describen al niño feroz que los tiene aterrizados.

¿Cómo veo yo al niño? Diría que buscando desesperado la contención de su capacidad destructiva y la comprensión de su capacidad amorosa. Buscando un objeto diferenciado de sus proyecciones, que no idealicé por temor a su violencia, es decir que no vea ni soles ni lunas donde hay garabatos, que no corte la luz de toda la casa cuando él tiene que dormir.

Me refiero a un objeto que se mantenga a la suficiente distancia como para poder ser reconocido en su totalidad, que no le facilite realizar sus fantasías. Veo también que tanto en el niño como en los padres hay capacidad de afecto, en la relación hay un intercambio amoroso. En definitiva en la dialéctica interna de Mario se compromete y se ataca la norma, la función, pero no se destruye el objeto. No es un niño psicótico, no se desconecta, no se abandona a un repliegue narcisista, ni al paraíso autista.

Sigue siendo un misterio porqué el ser humano organiza su patología de una determinada manera.

Yo diría que el ataque a la norma de Mario, en cuando que selectivo, es un ataque a determinados aspectos del objeto que en definitiva, serían proyecciones de ansiedades muy primitivas disociadas y depositadas en la madre.

Esta, y también por razones “misteriosas”, no puede recogerlas para transformarlas y hacerlas soportables. ¿es que ella misma no ha introyectado una madre suficientemente buena y repite un patrón de relación que le es propio?.

¿Es que el padre más dulce, o el marido que llora, que no soporta la violencia, fallan en su función contenedora, en su rol de “autoridad”?

Son preguntas de difícil respuesta, que plantean nuevos interrogantes que van surgiendo sucesivamente a lo largo del proceso terapéutico.

En el caso de Mario este proceso acaba de iniciarse, hasta el momento propuse a los padres hacer unas entrevistas exploratorias en las que pudiera observar al niño con objeto de obtener unos datos que ayuden a organizar tanto unas hipótesis diagnosticas, como una propuesta terapéutica.

Respecto el diagnóstico y aún a riesgo de ser esquemática, por el momento, pienso en un conflicto relacional, en un desencuentro afectivo en el que predomina la proyección, la escisión y identificación proyectiva de las ansiedades básicamente persecutorias.

Sería un niño que vive el cambio, *la separación*, de forma catastrófica y en el que la consiguiente, irrupción de ansiedades claustro y agora-fóbicas darían lugar a esas conductas de oposición irracional, imposibles de soportar para los padres.

Y al mismo tiempo sería un niño con capacidad de afecto, “agradecido”, que incorpora buenas experiencias, buenos aspectos del objeto “pero a su aire”.

La propuesta terapéutica se ha centrado, por el momento en unas entrevistas madre, niño y eventualmente con el padre, cuando se lo permite su trabajo.

El objetivo de esta propuesta es facilitar un espacio terapéutico en el que la madre y el niño puedan encontrarse, en el más amplio sentido del termino, facilitándoles un punto de encuentro que permita rehacer la relación introduciendo pautas saludables en lugar de patológicas, para a continuación, evaluar la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico, explorando también, capacidad de insight, de escuchar, de interesarse por mis indicaciones, así como de la intensidad de la agresividad, evaluando hasta donde puede o no anular la comunicación.

En estas entrevistas he tenido ocasión de ver al niño en “su apogeo”, y a la madre irritada, desorientada culpabilizada y también tierna, cariñosa esforzándose por contenerse y contener la destructividad de ambos, como veremos en el material siguiente:

Mario entra contento en el cuarto de juego, coge la caja de juguetes y la pone sobre la mesa, la madre me explica lo horrible que ha sido el fin de semana, excepto ayer domingo, como si tuviera otro niño, perfecto, encantador, comió solo, jugó con otros niños, en cambio el sábado ella tuvo que tomar un tranquilizante, no podía más, solo pensaba “¿donde podría ir que no estuviera él?”.

Sigue un relato cargado de angustia en que repite una vez más la desesperación ante el opositorismo del niño. Este ha-

ce correr un cochecito por el brazo y respaldo de un sillón al tiempo que reclama mi atención, yo le digo que efectivamente veo que el cochecito corre mucho, añado que, ahora Mario va a un colegio nuevo, eso es difícil pero seguramente está aprendiendo muchas cosas muy deprisa, la madre confirma que el niño se ha adaptado bien, aunque le cuesta separarse. Tiene curiosidad e interés por el aprendizaje.

Mario coge los cacharritos y un caballo y parece querer darle de comer, la madre sigue hablando, explica que no entiende porque empieza llamándola “mami”, y si no le atiende de inmediato, a continuación la llama Rosi y después ¡María Rosa! con su padre hace igual, “no sabe qué días hemos pasado” todo a la contra, el niño mientras, parece dramatizar cuanto dice la madre, ha cogido un papel, que corta y raja con todas sus fuerzas, utilizando las tijeras con gran destreza.

Yo comento que efectivamente, el niño puede ser muy destructivo, ahora tenemos una buena prueba de ello pero también es capaz de jugar. Comenta después que en algún momento durante el fin de semana no ha podido contenerse y ha llorado de impotencia. Yo entiendo que la madre, de alguna forma identifica en el niño aspectos de su relación con una madre autoritaria que fulmina con solo pronunciar su nombre, así como también, aspectos de ella misma, de la niña “feroz”. Parece sentirse aterrorizada” “queda empapada de sudor” ante el temor de no ser la madre que ella hubiera querido tener, y poder reparar por tanto al objeto dañado dentro de ella.

El niño excitado dirige las tijeras peligrosamente hacia la ropa y el cuerpo de la madre, esta le reprende y el niño le da una patada, la madre se queja y le amenaza pero a continuación le propone recortar un muñeco, hablamos de que también Mario hace mucho daño, maltrata realmente, cuando le ponen límites, cuando la mamá dice No.

A lo largo de las entrevistas se alternan este tipo de situaciones, se inicia un juego, surge una frustración o una excitación, yo diría que una erotización de la provocación y del do-

minio que pueden desembocar en una actuación claramente sádica, de sometimiento tiránico, si no se ponen en marcha lo más rápidamente posible recursos alternativos, como sería en este caso el que la misma madre proponga, *recortemos* en lugar de hacernos pedazos.

La táctica o estrategia que he utilizado hasta el momento, me exige un gran esfuerzo de contención para no identificarme con un objeto permisivo, con disponibilidad ilimitada, o con un objeto autoritario, superyoico..... que en posesión de la verdad dicta las normas a seguir, trato de facilitar que sea la madre quien busque recursos o bien que pueda tolerar actuaciones del niño que aparentemente serían destructivas pero que recogidas desde la creatividad, permiten esquivar la persecución.

Se trata de promover la contención y la comprensión, de que la madre encuentre su propia manera de comunicar con el niño, facilitándole como decía un espacio adecuado para ello. Un espacio terapéutico en el que se observa al niño, se participa en sus actividades, se señalan aquellos momentos especialmente difíciles, en los que destructividad es manifiesta para ponerlos en contacto con los recursos de ambos para hacerlos frente.

Por el momento no hay demasiados cambios, el niño sigue difícil, dominante y tiránico pero ha dejado de golpearse, llora en lugar de enrabiarse y es más negociador. Los padres se plantean la posibilidad de tener otro hijo, tienen mucho miedo de una "segunda edición", pero creen que ellos no son los mismos y necesitan, en palabras de la madre, "un niño de paz". Creo que este es un cambio significativo puesto que de alguna manera Mario empieza a ser en la mente de los padres además de un niño de guerra, también un niño de paz.

CONSIDERACIONES FINALES

En esta comunicación he querido plantear para su discusión, una experiencia cotidiana, las vivencias de los padres

que se sienten agredidos por la destructividad del hijo.

En el ejemplo clínico que presento soy consciente de que el maltrato que sienten los padres se debe en parte a la capacidad agresiva del niño y en parte a sus dificultades para hacerle frente, son padres que no saben que hacer cuando el niño se enrabia, no duerme, no come, o se opone a todo.

El peligro es que, a partir de la falta de contención se organicen relaciones con grandes contenidos sadomasoquistas, en las que el niño agrede y los padres aguantan o los padres hacen explotar su ira y el niño se somete. Así una y otra vez ininterrumpidamente.

Por eso considero de suma importancia escuchar a los padres, tomar en consideración sus sentimientos de maltrato para poner en marcha el plan terapéutico adecuado dirigido a romper el círculo vicioso patológico que desemboca muchas veces en rupturas irreversibles, que se reediten en la adolescencia con una violencia extrema.

EL FISCAL COMO DEFENSOR DEL MENOR (LA POSICION DEL MENOR ANTE LA LEY A TRAVES DE LA DEFENSA QUE DEL MENOR EJERCE EL MINISTERIO FISCAL)*.

Félix Pantoja García**

EL FISCAL COMO DEFENSOR DEL MENOR

Configura la legislación española al Ministerio Fiscal como la Institución encargada de la defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos, y del interés público tutelado por la ley. (art.124 de la C.E.).

En el art. 3 de la ley 50/81, concreta esta responsabilidad al encomendarle la representación y defensa, en juicio y fuera de él, de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no puedan actuar por sí mismos, así como, promover y formar parte de los organismos tutelares que tengan por objeto la protección y defensa de menores y desvalidos.

El desarrollo de las distintas leyes sustantivas y procesales, encomiendan al Fiscal, ya en concreto, la defensa de los derechos de los menores, en los distintos ámbitos procesales,

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Fiscal de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Sección de Menores.

pero fundamentalmente, en estos tres básicos para su actuación:

En el ejercicio de la acción penal: La defensa de los menores víctimas de los delitos tipificados en las leyes penales, así como el ejercicio de la correspondiente acción civil.

En el ejercicio de las funciones expresamente tuitivas reguladas en el código y leyes de enjuiciamiento civiles, en los supuestos tanto de desprotección como de crisis familiares, así como en la protección del honor, imagen e intimidad de los menores.

En el ejercicio de las funciones encomendadas por la ley orgánica reguladora del procedimiento y competencia de los Juzgados de Menores determinadas por el interés del menor.

Sobre este trípede, se asienta la función protectora que ejerce el Fiscal sobre los menores, y con objeto de que pueda comprenderse el alcance que en la defensa del menor puede tener el Fiscal, parece preciso, desarrollar, aunque brevemente, cada una de esas funciones.

I. EJERCICIO DE LA ACCION PENAL

El Código Penal, a lo largo de sus tipos, establece aquellos mínimos éticos que la sociedad reprocha como intolerable su vulneración. Entre ellos, aparecen una serie de tipos penales, a través de los cuales, se establece la protección de los menores víctimas de delitos, y así, aparecen los tipos dedicados a la sustracción de menores (arts 484 y ss.), abandono de familia y niños (art. 487), impago de pensiones a favor también de los hijos menores (art.487 bis), abandono de menores de 7 años (488), entrega de menor sin anuencia (art. 489), explotación y mendicidad de menores (489 bis), malos tratos regulado en los artículos de las lesiones, o los malos tratos habituales (425), delitos contra la vida o la integridad física de los

menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato (406 y 407) parricidio del hijo menor (405), así como las diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores (584), sin olvidar el amplio catálogo de los tipos penales que protegen la libertad sexual, también de los menores, violación (429 y 429.3), agresiones sexuales (430), exhibicionismo y provocación sexual (431 y ss.), estupro y rapto (434 y ss.), relativos a la prostitución (452 bis a y ss.), facultando el art. 443 al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva.

Sin ánimo de agotar la relación, ya que la misma se ha hecho a los solos efectos de mostrar el amplio abanico de tipos penales protectores de las agresiones que pueden sufrir los menores, cabe colegir, que corresponde al Fiscal, en el ejercicio de la acción penal, y de la civil derivada de la anterior, llevar a cabo la efectiva acción protectora, y que en algunos casos, como queda dicho al citar las facultades del art. 443 del código penal (violaciones, agresiones sexuales, estupro y rapto), se precisa una actividad de denuncia por parte de esta Institución para dar curso al proceso.

Aparece pues el Fiscal configurado con un gran protagonismo en la defensa de estos derechos y deberes gravemente vulnerados, a ser los menores víctimas de las infracciones de estos tipos penales.

En este sentido, y en el ejercicio de la acción civil derivada del delito, cabe destacar que el fiscal, al ejercer ésta puede solicitar la privación de la patria potestad de los padres de los que se pretende la condena, porque, conforme a la St. del T.S. de 20.12.93 “aunque las decisiones sobre la patria potestad son materia reservada a la jurisdicción civil, tal reserva se produce salvo una remisión expresa de la ley a otro orden jurisdiccional. Remisión que existe a la jurisdicción penal en el art. 170 del código civil, y que no puede interpretarse en el sentido restringido de que la sentencia dictada en causa criminal lo

sea expresamente por delito que lleve aparejada como sanción la privación de tal potestad paterna”¹

No obstante, en el ejercicio de la acción penal y de la civil derivada del delito, no debe agotarse la actuación del fiscal. Además de instar las medidas de protección en el proceso y fuera de él ante las entidades de protección correspondientes, el Fiscal debe atender a la protección del **menor como víctima**, en todas las fases y actos del proceso, para que éste no se convierta en una nueva forma de agresión, cuidando tanto de evitar la exposición innecesaria del menor a las vicisitudes procesales que no sean estrictamente necesarias a los fines del mismo, como a postular la necesaria asistencia técnica cuando las circunstancias de la fase procesal, o las propias circunstancias del menor lo requieran.

Debemos pues concluir este aspecto, poniendo de relieve la responsabilidad, no solo profesional, sino también humana del Ministerio Público y de sus funcionarios, pues el ejercicio de la acción penal a que nos venimos refiriendo, sin una gran dosis de humanismo tanto respecto al procesado y sobre todo

1 Y ello por dos órdenes de razones. El primero, por cuanto la unidad jurisdiccional (art.3.1 LOPJ) tiene carácter expansivo exigiendo solo para que un concreto órgano pueda juzgar una cuestión, que exista atribución expresa de la LOPJ u otra ley (art. 9 LOPJ) por lo que si existe atribución legal se produce una extensión de la jurisdicción a cuestiones que, en principio, puedan ser competencia de otros órdenes jurisdiccionales. Y la atribución legal expresa a la jurisdicción penal en esete caso, se encuentra en la fórmula alternativa del citado art. 170, precepto que debe ser interpretado en sentido extensivo y teleológico, en favor del mejor cumplimiento del fin de la norma, que no es otro que la más eficaz y pronta tutela del interés del menor. El segundo, porque la propia economía procesal y el citado interés del menor –que conviene no olvidarlo es lo prevalente en estos casos- exige que, constatado por un Tribunal al ejercer su jurisdicción enjuiciando un hecho concreto que le viene competencialmente atribuido, que tal hecho revela un grave incumplimiento de los deberes de la patria potestad y un daño para el hijo, no se dilate más la privación de aquella potestad que se está ejerciendo con grave daño al menor, más aún, cuando ese daño, de permanecer en el tiempo, puede ser irreversible. (ST. Citada ponente D. Cândido Conde Pumpido Ferreiro).

para con la víctima, convierte al proceso penal en una nueva agresión, que en el caso de los menores víctimas, agrava su situación de forma intolerable para los principios de una sociedad democrática y para las Instituciones y funcionarios que la sirven.

II. EJERCICIO DE LAS FUNCIONES TUITIVAS.-

Tiene encomendada el Ministerio Fiscal, por imperativo del Artículo 174 del Código Civil la superior vigilancia de la tutela, acogimiento, guarda de los menores a que se refieren los Artículos 172 y ss. del mismo cuerpo legal.

Aparece la función encomendada al Fiscal, como el elemento necesario para articular jurídicamente las actuaciones protectoras de los menores.

En efecto, la Ley 21/87 de 11 de Noviembre vino a introducir el modelo constitucional en las relaciones de las distintas instituciones que contribuyen a la protección de los menores. Hasta ese momento, era el Tribunal Tutelar de Menores, las Juntas de Protección de Menores, etc., las encargadas de aplicar aquellas medidas que en protección de los mismos se hacía preciso establecer; de tal manera que era el Juez del Tribunal Tutelar el que venía a resolver sin contradicción, y oídos, en su caso, los informes técnicos el que decidía sobre la conveniencia o no de la naturaleza de las medidas protectoras.

Esta situación planteaba diversos problemas tales como, los que se derivan de que el Juez generalmente se encuentra alejado de la realidad de los menores, y que la decisión a adoptar no siempre era lo rápida e inmediata que la situación requería, sin olvidar que en muchos casos los padres del menor o, en general aquellas personas interesadas en ellos, carecían de mecanismos efectivos para mostrar su oposición a la decisión judicial, y sobre todo, que en el esquema constitucional, el Juez está para juzgar y ejecutar lo Juzgado (art.117.3 de la C.E.), de tal modo que deben ser las partes las que acudan

al mismo para resolver el conflicto planteado, función ésta que atribuye la propia Constitución, institucionalmente, al Ministerio Fiscal, cuando le encomienda promover la acción de la Justicia (art. 124 de la C.E.).

De este modo, la Ley 21/87 viene a solucionar, al menos en parte, estos problemas, y sobre todo, trata de establecer las relaciones entre los intervinientes de acuerdo con la Constitución.

En efecto, la Ley atribuye a la Administración, a través de las Entidades Públicas con competencia en la protección de menores, la primera decisión en cuanto al alcance y naturaleza de las medidas a adoptar. Estas Entidades Públicas, hoy día entidades dependientes en su totalidad –salvo los caso de Ceuta y Melilla– de las Comunidades Autónomas, son las encargadas de estudiar la situación del menor y en concreto de valorar la situación de desamparo como incumplimiento, imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para los progenitores o tutores, o bien cuando el menor queda privado de la necesaria asistencia material o moral. Esta decisión es, evidentemente técnica, es decir ha de adoptarse con rapidez y eficacia según que los Asistentes Sociales, Educadores o Psicólogos, o incluso otros profesionales como los Médicos, aprecien en el menor alguna circunstancia que responda a la definición legal aludida, o que en cualquier caso, haga precisa una intervención en favor del menor. La Ley faculta en estos casos a las Entidades Públicas a adoptar la llamada **Tutela Automática**, que supone de hecho un vaciamiento del contenido de la patria potestad, quedando el menor en guarda de una Institución dependiente de la Entidad Pública, en tanto se solucionan los problemas que originaron la decisión de la tutela o bien se arbitra alguna de las medidas previstas en la Ley como son el acogimiento o en su caso la adopción.

Pues bien, el contenido del Artículo 174 del Código Civil que encomienda al Fiscal la superior vigilancia, significa que la

Entidad Pública tiene obligación de poner en conocimiento de esta Institución la decisión adoptada, y es el Fiscal, el que valorando la misma en el caso de discrepancia, lleva el conflicto ante el Juez de Familia (o de Primera Instancia en los lugares donde no haya aquellos) para que tras el oportuno procedimiento el Juez resuelva a la vista de las pruebas practicadas –generalmente los informes de los Equipos Técnicos de los Juzgados– dictando resolución de acuerdo o no con la medida adoptada con la Entidad Pública; vemos de este modo como se encomienda a la Entidad Pública precisamente el contacto directo con el menor y la actuación administrativa tendente a solucionar la situación de peligro en que este se puede encontrar, propiciando a través del Fiscal el control jurisdiccional de esta medida, que si quedara exclusivamente en manos de los padres, devendría ineficaz ya que en la mayoría de los casos los padres no se encuentran en situación de dar una respuesta a la actuación de la Administración, al no saber acudir al Juez, ni qué recursos jurídicos emplear para la defensa de sus intereses y de los que ellos entiendan que corresponden a sus hijos.

De lo expuesto vemos, que existe un marco jurídico adecuado, con las suficientes garantías procesales, para acudir en protección de los menores desamparados; pero a la sociedad no le debe bastar con el marco jurídico, pues nada de esto tiene validez sino va acompañada de los recursos sociales suficientes para posibilitar el desarrollo de los menores y sus familias, y en el caso de que esto ya no sea posible el desarrollo del menor en otro entorno familiar que le permita encontrar las circunstancias sociales y familiares adecuadas en su desarrollo personal.

Hemos visto, en protección de menores, el modo en que el Fiscal lleva a cabo la superior vigilancia cuando se adopta la tutela automática de un menor, y sirven los argumentos ofrecidos básicamente para el resto de los supuestos contemplados en el Código Civil, es decir en el caso del acogimiento, la guarda voluntaria, y en la intervención del Fiscal en la adopción.

En todos los casos la Ley prevé el procedimiento para llevar a cabo las distintas figuras enunciadas, y así en el caso del acogimiento cuando no cabe la posibilidad de efectuarlo de modo administrativo, es decir, con consentimiento de todos los intervinientes –Entidad Pública, Padres y Acogedores–, la Ley establece que el Fiscal será parte en el expediente de jurisdicción voluntaria en el que se va a resolver sobre la conveniencia o no del acogimiento propuesto en interés del menor. Igualmente cabe decir, de las discrepancias que puedan surgir en los acogimientos administrativos y en las guardas voluntarias en las que, una vez judicializada la cuestión, el Fiscal es parte, en interés del menor, proponiendo al Juez la practica de las pruebas que considere oportunas y en su caso instando el contenido de la resolución.

De todo ello, cabe deducir, una vez más la importancia que tiene el Ministerio Público en la estructura jurídica de la protección de menores, que entendemos no debe quedarse en su actuación ante los Tribunales, sino que siendo el Fiscal el encargado de la protección de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la Ley, debe proponer al resto de los poderes públicos una actuación efectivamente protectora, poniéndose asimismo al servicio de los ciudadanos, a través de las asociaciones públicas y privadas que trabajan en favor de los menores, y auxiliando a toda persona que tiene en su seno familiar alguna situación problemática con respecto a sus hijos y en todo caso haciendo efectiva la orden legal de proteger a los menores acercándose a los mismos y a su realidad.

Por otra parte y también en el aspecto tuitivo de la actuación del Fiscal, no hay que olvidar la intervención del Ministerio Público en los procesos derivados de las crisis matrimoniales en las que el Fiscal es parte en interés del menor y ante posibles intereses antagónicos de los padres actuando ante el Juzgado de Familia y proponiendo la prueba que permita determinar cual es el interés del menor en el proceso.

Por último y para terminar, debemos hacer referencia a la actuación del Fiscal en la protección del honor, imagen e intimidad de los menores maltratados por un entorno social agresivo, y por un mal entendido derecho a la información que lleva a vulnerar estos derechos que en el caso de los menores, no puede encontrar su protección en sus propios titulares, al carecer de la correspondiente capacidad de obrar plena.

El derecho de los menores, en cuanto a estos aspectos, se encuentra enunciado tanto en nuestro derecho positivo como en los convenios internacionales suscritos por España, que han pasado a formar parte de nuestro derecho interno, y así, podemos ver que se refieren:

- a) A lo que establece el artículo 18 de la Constitución española, que reconoce y garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- b) A lo que establece el artículo 20.4 de la Constitución española que establece que la libertad de información, expresión, etc., tiene en su límite en el respecto a los derechos reconocidos en el mismo título, de los preceptos de las leyes que lo desarrollen y especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen y a la *protección de la juventud y de la infancia*.
- c) A lo que establece el artículo 10.2 de la Constitución española que se refiere a que las normas relativas a los derechos fundamentales.... se interpretarán de conformidad con la declaración Universal de los Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificadas por España.
- d) A los preceptos que desarrollan los anteriores enunciados constitucionales y que básicamente se enumeran:
 1. El Artículo 17 de la Convención sobre los Derechos del Niño al establecer la obligación de los padres a proteger al niño contra toda información y materia perjudicial para su bienestar. Dicha convención fue

publicada en el B.O.E. de 31-XII-80 formando parte de nuestro derecho interno.

2. La Ley Orgánica 1/82 en sus artículos 2 y 3 sobre la protección del honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen de los menores, y 9.2 de la misma ley para la actuación cautelar en evitación del perjuicio a los mismos.
 3. La instrucción 2/93 de la Fiscalía General del Estado en cuanto obliga a los fiscales a la protección de la intimidad, honor e imagen de los menores.
- e) Por último, el artículo 158.3 del Código Civil, autoriza el Fiscal a solicitar, del Juez que adopte las disposiciones que considere oportunas a fin de apartar al menor de un peligro o de *evitarle perjuicios*.

Vemos que el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz y los derechos personalísimos que nos ocupan, aparecen regulados en el ámbito constitucional a un mismo nivel con las especificaciones aludidas a la hora de determinar las zonas de conflicto, haciendo relevante, en estas zonas, la especial necesidad de una más enérgica protección de los derechos de los menores.

La Ley Orgánica 1/1982 de 5 de Mayo para la protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, citada anteriormente, es el instrumento jurídico base, para articular la defensa de los derechos de los menores que hemos enunciado. Y es el instrumento con que cuentan los fiscales para desarrollar esta actuación protectora. Pues bien, la ley, establece en su artículo 3, que los representantes legales de los menores deberán poner en conocimiento del Ministerio Fiscal el consentimiento otorgado para permitir la intromisión en la intimidad, o la utilización de la imagen del menor; el Fiscal, tendrá 8 días para oponerse, resolviendo en su caso el Juez. Si el Fiscal tiene conocimiento de que, sin notificarle el consentimiento, se pueda producir la

lesión en los derechos del menor, puede solicitar del Juez la suspensión de la actividad lesiva. En el caso de los menores sujetos a tutela de la entidad pública, el Fiscal, al ejercer la superior vigilancia de la tutela, está legitimado para actuar en representación del menor cuyos derechos hayan podido ser lesionados.

En el caso en que la intromisión se haya producido, y exista base para considerar que la misma es ilegítima, por no adecuarse a lo establecido en las leyes o por vulnerar alguna o algunas de las disposiciones legales enunciadas, el fiscal deberá instar, en el ejercicio de la protección del menor o menores, la correspondiente acción de resarcimiento a través del procedimiento previsto en la ley, que en este caso es el de los incidentes. En dicho proceso el Fiscal postula, tanto la reparación del daño causado al menor mediante la adecuada reparación por el mismo medio en que se llevó a cabo la lesión, como, en su caso, la indemnización que pueda ser procedente,

De lo anterior, se desprende la importancia de la actuación del Fiscal en la defensa del menor a través de la defensa de estos derechos, pues forman parte del ámbito de su personalidad.

III. EL FISCAL EN EL PROCESO DE REFORMA DE MENORES. OTRO ASPECTO DE LA FUNCION TUITIVA.

La Ley Orgánica 4/92 reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores, otorga al Ministerio Fiscal una serie de competencias, que sin duda ninguna pueden calificarse como de protección de menores.

Si bien la Ley Orgánica referida tiene como objetivo, establecer un procedimiento para aquellos menores de 16 años y mayores de 12 que han infringido las Leyes Penales (Código Penal y Leyes Penales especiales), y en consecuencia expresar el reproche social de sus conductas, no cabe duda de que la pretensión procesal que se desprende de una interpretación

sistemática de la Ley, es evidentemente educativa, por lo que la responsabilidad atribuida al Fiscal en cuanto que postula ante el Juzgado la imposición de una medida, es necesariamente protectora.

Un análisis de la naturaleza jurídica de la ley orgánica 4/92 nos permite encontrar la razón protectora de la misma.

La cuestión principal para determinar la naturaleza de la Ley, estriba en conocer cuál es la pretensión procesal y con qué instrumentos hemos de contar para alcanzar la misma; la determinación de la naturaleza de la Ley pasa por tener en cuenta que es una Ley limitativa de los derechos y libertades de ciertas personas, que, como menores de edad penal, carecen de culpabilidad, por lo que, aunque infrinjan tipos penales, no cometen delitos, y si no cometen delitos no se les pueden imponer penas, ni es de aplicación el proceso establecido para el enjuiciamiento de delitos.

Ahora bien, si en el proceso de menores, que no puede ser un proceso para el enjuiciamiento de delitos por la razón apuntada, sí se adoptan medidas restrictivas de derechos y además no unas medidas cualesquiera como se pueden adoptar en otros proceso con otras pretensiones –piénsese en las limitaciones de los derechos patrimoniales en el ámbito del proceso civil, por ejemplo–, sino medidas restrictivas de derechos fundamentales, como son los reconocidos en los artículos 17 y 18 de la Constitución, y de la máxima y reconocida valoración, como es el derecho a la libertad, concluiremos reconociendo que trátese de un proceso penal o no, al afectar aspectos tan fundamentales de la organización jurídica de la sociedad, y conforme el T.C. ha reiterado, debemos contar con la protección del sistema de garantías establecido.

Sin embargo hemos de seguir insistiendo que este sigue siendo un proceso distinto al penal, y también reconocer que participa de elementos que no se encuentran en el proceso penal de adultos.

La exposición de motivos de la Ley Orgánica reguladora, se refiere a la necesidad de regular un proceso que, no obstante sus especialidades por razón de los sujetos del mismo (los menores carentes de culpabilidad), disponga de todas las garantías de nuestro ordenamiento constitucional. No se refiere a un proceso penal, sino a un proceso con todas las garantías de nuestro ordenamiento constitucional –todos los procesos cuentan con ellas, cada uno en la medida en que su regulación y su pretensión lo requiere– y sobre todo, la exposición de motivos se refiere a las especialidades de los menores y siempre sobre la base de valorar especialmente el interés del menor.

Aparece, pues, “la especial valoración del interés del menor”, como principal elemento diferenciador que singulariza al proceso de menores respecto de otros procesos.

Ahora bien, ¿qué se puede entender como interés del menor? Desde luego el interés procesal como sujeto de las garantías establecidas en la Constitución al igual que el imputado mayor de edad penal, pero sin duda debe consistir en algo más; y ese algo más, también sin duda, trasciende a una valoración estrictamente penal del proceso; y esto se pone de manifiesto en forma expresa, cuando en el párrafo segundo de la regla sexta del artículo 15 de la Ley Orgánica y en atención, entre otros factores, **a las condiciones y circunstancias del menor**, el Fiscal puede dar por concluida la tramitación del expediente, o también, cuando al regular las medidas cautelares, ordena, tanto al juez como al fiscal, la adopción de éstas **para la protección y custodia del menor y teniendo en cuenta las circunstancias personales y sociales del mismo**. Igualmente, y esto debe reputarse trascendental para determinar la naturaleza del proceso, la Ley al regular la resolución judicial en la que se impone la medida, ordena al Juez **valorar la personalidad, situación, necesidades del menor y su entorno familiar y social**. Es decir, que la respuesta judicial ha de tener tanto en cuenta, los hechos cometidos por

el menor, como todas las circunstancias de índole psico-social que afecten al mismo. Y nada de esto es posible sin tener en cuenta lo que establece la regla cuarta del mismo artículo 15 que, ordena al fiscal solicitar del equipo técnico la elaboración de un informe sobre la situación psicológica, educativa, familiar y del entorno social del menor, y en general sobre cualquier otra circunstancia que pueda haber influido en el hecho que se le atribuye.

Es pues evidente que, en el tratamiento del interés del menor, radica el elemento diferenciador de este proceso con el proceso penal ordinario, pues es ese interés el que justifica la restricción de los derechos y libertades fundamentales puestos en cuestión, quizás pudiendo afirmarse **que sólo el interés del menor** es el que permite tales restricciones, siendo así que todas estas consideraciones aproximan la naturaleza del proceso más hacia un concepto educativo que sancionador, o en todo caso a lo que podríamos llamar una **pretensión educativamente sancionadora**, donde junto a los principios constitucionales del proceso penal, intervienen unos criterios educativos, también constitucionales, con encaje en el artículo 27.2 de la Constitución y que informan en la misma medida que los demás citados, la Ley Orgánica que nos ocupa.

Se trata pues, de un proceso educativo a la vez que sancionador, pues trata de dar respuesta a los menores que han infringido lo establecido en el Código Penal, a través de unas resoluciones judiciales que contribuyan al **desarrollo de su personalidad en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales**, precisamente porque en algún momento ellos mismos no respetaron la convivencia o los derechos y libertades de los demás. Parece que no cabe otra justificación a este procedimiento y a las medidas que se imponen, y, en consecuencia, no tienen otra justificación las restricciones de los derechos fundamentales de la persona que los menores pueden sufrir a lo largo del mismo.

De aquí se deriva que la actuación del Fiscal, sólo cabe entenderla como una actuación en protección de los menores, al postular ante los tribunales, la aplicación de medidas educativas en interés del menor y en consecuencia es el interés del menor el que postula el fiscal ante el Juez de Menores.

Configura la Ley el esquema para la aplicación de las medidas educativas atribuyendo al Ministerio Fiscal la instrucción de la causa. Esta actividad instructora tiene como objeto, la determinación de los hechos en que ha participado el menor y que presuntamente vulneran lo establecido en las Leyes Penales; ahora bien, no solo la actuación del Fiscal se refiere a la acreditación de los hechos imputados, sino que, a lo largo del procedimiento, la Ley le permite, y en ocasiones le obliga, a valorar otros aspectos a parte de los fácticos, ante de adoptar alguna decisión con respecto al menor.

Asimismo, la que hemos llamado actividad protectora del Ministerio Fiscal en este procedimiento se expresa en la regla 2.^a del Artículo 15 de la Ley cuando dice **“corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos, la observancia de sus garantías, el cuidado de la integridad física y moral del menor,...”**, mandato este imperativo de la Ley que se lleva a cabo a través de los diversos mecanismos que la misma pone a disposición del Fiscal.

Elemento clave para la postulación del Fiscal de medida educativa es lo que la regla 4.^a del citado Artículo prescribe obligatorio para el Fiscal que deberá requerir al Equipo Técnico de Apoyo un informe sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social y en general sobre cualquier otra circunstancia que pueda haber influido en el hecho que se le atribuye.

Es pues comprensible, a la vista del precepto legal, que el procedimiento gira, no solo, alrededor de los hechos imputados al menor cuya acreditación compete al Fiscal, sino también sobre aquellas circunstancias psicosociales determinantes de su personalidad y de su posición ante los hechos. Más

no queda aquí reducida la actuación del Fiscal –a postular una medida educativa teniendo en cuenta el informe del Equipo–, sino que es el propio Fiscal quien tiene a lo largo del procedimiento, facultades dispositivas para concluir el mismo o incluso articular –con los correspondientes informes Técnicos y bajo control del Equipo– medidas reparadoras de contenido educativo.

Además de lo expuesto en la tramitación del procedimiento la Ley encomienda al Fiscal el seguimiento del cumplimiento y de la eficacia de la medida impuesta, es decir, del alcance efectivo que de la propuesta educativa hecha en su momento se lleve a cabo. Y así, el art. 23 de la Ley, permite al Juez, la modificación de la medida impuesta, a la vista de los informes que sobre su cumplimiento y eficacia se emitan, y ello a instancia del Fiscal, que ha de conocer, en consecuencia, los elementos técnicos de esta evolución, y sustentar su postulación de modificación, ante el Juzgado de Menores, siempre atendiendo al interés del menor, del que el Fiscal es en todo momento garante.

Así pues, el interés jurídicamente protegido por esta Ley, que la exposición de motivos de la misma define cuando dice que **“la presente ley establece un marco flexible para que los Juzgados de Menores puedan determinar las medidas aplicables a los menores que hayan realizado hechos susceptibles de ser tipificados como infracciones penales, pero siempre sobre la base de valorar especialmente el interés del menor”**, es decir EL INTERES DEL MENOR, se encomienda de manera preferente al Ministerio Fiscal, a través de sus decisiones en el proceso, de la postulación de medida y del control de la misma a los fines educativos, como hemos manifestado reiteradamente.

Cabe decir para terminar, que el ejercicio de las funciones encomendadas por la ley al Ministerio Fiscal, suponen un ejercicio de aproximación a otras ciencias distintas de las jurídicas, sin las que no cabe salvaguardar el interés del menor, en cumplimiento del mandato legal.

IV.- CONCLUSION

De las notas expuestas, cabe concluir, que la Institución del Ministerio Fiscal, asume una gran carga de competencias en la protección de los menores en nuestra legislación.

Ahora bien, no sólo con la legislación, es decir con el mundo del derecho se puede alcanzar una efectiva protección de los menores, ni la sociedad debe descansar pensando que tan eficaz Institución como el Ministerio Público va a resolver con la fuerza de las leyes los problemas de los menores. Estos problemas se resuelven, en primer lugar con rodear a los menores de un entorno afectivo sólido, pero también con la aportación de recursos sociales, para paliar las carencias que sufren los menores en nuestro mundo y en otros donde la desprotección es más acusada, y sobre todo con el compromiso ético y social en favor de este sector de la sociedad, que representa su futuro, como expresión de la solidaridad social.

ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO DEL NIÑO EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS*

Carmen Culebro Fernández
y Elisa Mendoza Berjano*****

INTRODUCCION

El propósito de esta exposición es la reflexión sobre una experiencia de trabajo psicoterapéutico en un servicio de Hemodiálisis Infantil. Durante cinco años, hemos atendido a 83 niños y adolescentes de la unidad y hemos realizado un grupo de trabajo con el personal sanitario. El mayor porcentaje de casos atendidos corresponde, en un 40 por ciento, a adolescentes. En cuanto al diagnóstico de la enfermedad, en el 50 por ciento de los casos fue realizado durante el primer año de vida de los niños; en un 30 por ciento, entre los 2 y los 5 años; en un 12 por ciento en edad de adolescencia, y el 8 por ciento restante en edad de latencia.

La derivación ha partido de los nefrólogos. Nuestro acercamiento al niño y su familia se ha realizado dentro de una óptica psicoanalítica consistente en el apoyo psicológico al trío característico de la pediatría: médico (equipo), niño y madre. Decir pediatría es decir familia, por eso creemos que el abordaje debe ser integral.

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psiquiatra Centro de Salud. Mental. Psicoterapeuta.

*** Psicóloga. Psicoterapeuta.

Hemos tenido en cuenta que los pacientes están el hospital por su cuerpo no por su conflicto psíquico. Se trata de niños, con una calidad de vida precaria a medida que evolucionan en su enfermedad, en un estado de duelo permanente, por el deterioro progresivo de su cuerpo y pérdida de funciones, con complicaciones posibles a lo largo del tratamiento (fístula, intervenciones, diálisis peritoneal, trasplantes, etc.). La identidad está en juego por los cambios corporales, la regresión potenciada por la dependencia extrema a la máquina, a la familia, al hospital. El cuerpo polariza la vida entera. La familia está hipotecada por la enfermedad. Ante ello, ¿qué espacio dejar para lo psíquico?, ¿desde qué lugar nos situaríamos nosotros?.

Nos planteamos que nuestra función sería crear, tanto con las familias como con el equipo sanitario, un espacio para pensar, para la escucha y contención de angustias y ansiedades. No es tan importante el síntoma en sí sino la vivencia, la vida fantasmática que se crea alrededor del mismo tanto por parte de la familia como de los médicos.

Desde esta perspectiva, en la entrevista con los padres y el niño nos planteamos un método de psicoanálisis aplicado, en una escucha lo más libre posible, respetando su discurso y recogiendo los acontecimientos, las situaciones y las palabras que nos conducen al entendimiento de la enfermedad, teniendo en cuenta la interacción que se da entre lo real y lo fantasmático. Sabemos que muchas veces no parten de un deseo propio, sino que la derivación a nosotros es vivida como una prueba, como una obligación más.

En muchos casos, la relación ha sido de consultas ante una situación puntual: abandono del tratamiento por parte de la madre o del adolescente, depresión por hospitalización prolongada o desafrentización del medio familiar, inhibición intelectual, fracaso escolar, trastornos de conducta, rechazo al riñón trasplantado o preparación para el trasplante, etc. Hemos de tener en cuenta que la asistencia al hospital supone mu-

chas veces recorrer hasta 200 kms. para volver en el mismo día y está en función de los tratamientos y consultas médicos.

Como sabemos, ante una enfermedad orgánica grave, en el funcionamiento familiar aparecen importantes defensas de negación. Lo corporal drena lo psíquico y predomina la inmediatez: la creatinina, el potasio, la dieta, donde el futuro está en función del “*tipaje*” a la espera de un riñón.

Nuestra aproximación al niño, se realiza desde el “*aquí y ahora*” que le permite situarse ante su enfermedad, contándonos la vivencia de ésta, realizando así una construcción más o menos elaborada. Una vez establecida la relación con la familia, queda abierta la petición para nuevas consultas. En algunos casos, la relación dio lugar a la instauración de un tratamiento psicoterápico.

La enfermedad crónica, y más aún cuando se trata de una de mal pronóstico como es la insuficiencia renal, transforma las relaciones médico-paciente en una estrecha dependencia, dado el contacto continuado que se establece. Las continuas consultas hospitalarias, ingresos e intervenciones facilitan la implicación masiva del personal sanitario, médicos y enfermeras, por lo que nos planteamos un grupo de trabajo con ellos. En esta dinámica madre-niño-equipo sanitario, sólo hay lugar y tiempo para lo corporal, la enfermedad grave, sin tener un espacio para lo mental psíquico. Pasamos a continuación a describir ese triángulo que encontramos inseparable: madre-niño-pediatra.

1. LA MADRE, LA FAMILIA

Los padres, al ser informados de la enfermedad de su hijo, su pronóstico y evolución, se ven enfrentados a una situación traumática, que si bien en los primeros momentos niegan, posteriormente es vivida como una falta, un fracaso en su papel de padres, reactivando los conflictos en sus relaciones anteriores, tanto con el hijo como con sus propios padres. La culpa por la

causa fantaseada de la enfermedad, ya sea hereditaria o congénita ya sea por lo que ellos imaginan como un descuido, se torna en persecutoria y expiatoria, proyectándose en el hospital, en los médicos, en el hijo o en el destino, y lleva a algunas madres a dedicarse por entero al niño y a vivir con él su enfermedad, estableciendo una dependencia donde prima la relación a través del cuerpo enfermo y los contactos físicos por los cuidados. La ambivalencia que sienten sobre la vida y la muerte con respecto al hijo, puede llevar a una relación de sobreprotección muy intensa, con gran dificultad para la separación-individuación.

A la primera entrevista acuden la madre y el niño, raramente van acompañados por el padre. El discurso de la madre con frecuencia nos confunde. No sabemos si se refiere al hijo o a ella. Habla de los dos como si de uno solo se tratara: *“somos un cuerpo único”, “nos ingresamos cuando tenía diecinueve meses, y cuando salimos tenía dos años”*, nos comentan. Comienza hablando sobre la enfermedad del niño, que enseguida remite a su propia historia y vivencia. La falla narcisista del hijo reenvía a las fallas de la propia infancia, a sus propias carencias y pérdidas.

En el 50 por ciento de los casos atendidos, el diagnóstico se hizo durante el primer año de vida. Si el niño nace con la enfermedad, queda hospitalizado y hay riesgo de muerte. La madre no puede investirlo, ilusionarse, fantasear un proyecto de futuro para su hijo. Los padres se sienten culpables por no haber sabido crear un buen bebé, o por no haberlo sabido cuidar en los primeros meses de vida. Queda abierta la hipótesis de si habrá sido un trastorno primario del vínculo, uno de los factores en el origen de la enfermedad. La primera infancia del niño muchas veces está marcada por una madre deprimida, con importantes carencias afectivas e incluso materiales en su propia infancia, envuelta con frecuencia en una sucesión de duelos: de los propios padres, a veces otro hijo, abortos, etc. O bien, en un duelo anticipatorio del hijo que nos traen, con la

consiguiente dificultad para investirlo. Muchas buscan un nuevo embarazo en un deseo inconsciente de reparación y restauración de una buena imagen materna.

Es a partir de esta situación cuando se elabora la consiguiente hipótesis etiológica y surge la demanda sobre el origen: saber por qué, sobre quién declinar la responsabilidad. Unas veces será el pediatra que no supo diagnosticar a tiempo, o el hospital que no supo cuidar y curar, desplazando así la culpa que retorna sobre la madre o el niño.

A medida que van estableciendo una relación nosotros, se desvelan otras hipótesis. Poco a poco, la enfermedad del niño toma cuerpo, ocupando un lugar en la fantasía de la madre: *“tuve una amenaza de aborto que coincidió con la formación de los riñones”, “la causa fue una infección que se le pasó luego a los riñones”, “fue quizás mi tristeza y mal estado de ánimo durante el embarazo”*.

Si el diagnóstico es más tardío, la hipótesis de la enfermedad como reactiva a un traumatismo afectivo tomará fuerza. La enfermedad se convierte así en el vehículo y modo de relación entre madre e hijo: él orina para ella, come o limita su dieta para ella, y ésta manifiesta o no su agrado con la consiguiente regresión a etapas pulsionales anteriores, no pudiendo investirlo más que en la medida en que se comporta como hijo enfermo, hipoteca su vida para cuidarlo. La muerte y la vida se juxtaponen. Al igual que ocurre en el trasplante, la muerte del uno es la vida para el otro.

Es como si no pudiera existir entre ambos un espacio psíquico para el sufrimiento o la pérdida, sino para la negación y proyección masivas, ya que la madre no puede contener este espacio doloroso.

En este destino en el que ambos están embarcados, el manejo de la agresión se hace particularmente difícil por la culpa de haber dañado al hijo, disfrazando la desesperanza, los deseos de muerte, de sobreprotección unas veces, y otras de abandono o una serie de actitudes, como no proporcionar la

medicación o cuidados al niño, desvelando la problemática emocional inconsciente que subyace. Una pareja joven comentaba que era muy “duro”, que no se hacían con el bebé, el día anterior a la consulta no le habían dado la medicación. “No sabemos cuánto aguantaremos, queremos tirar la toalla, los médicos te hacen sentirte como monstruos”, decían.

Ginette Raimbault, que ha trabajado con este tipo de niños, dice que “la madre dirige al interlocutor psicoanalista un discurso en el que reconstruye y recoge los acontecimientos a partir de la situación actual, en el “aquí y ahora”, que incluye la enfermedad y la hospitalización, y donde los síntomas físicos quedan yuxtapuestos muchas veces a los síntomas psíquicos, como la angustia, el aislamiento, el rechazo de la maternidad, la conflictiva conyugal, etc. “Tras la demanda de simbolización, aparece una gran necesidad de liberar la angustia y la culpa así como de que nos hagamos cargo de ellos en esa función de “holding” que no pudieron realizar.

En la relación con el médico y las enfermeras, algunas madres reactualizan asimismo el conflicto que tuvieron con sus padres, disociando entre los buenos y los malos médicos y esperando de ellos una función reparadora de su propio fracaso en la función maternal.

La familia se encuentra implicada en toda esta situación. El padre queda fuera de la diada madre-niño enfermo, y la relación de pareja se vuelve conflictiva o inexistente. Los otros hijos sufren cesiones a familiares o abandonos repetidos. En otros casos, la enfermedad es el sostén familiar alrededor de la cual se aglutinan todos sus miembros. El niño enfermo vehiculiza así la crisis familiar.

En este contexto de dependencia, el hospital se situaría como un encuadre materno. De aquí la dificultad de algunos padres para hacerse cargo de la diálisis domiciliaria que les hace sentirse abandonados a su suerte. El dilema sería elegir entre la competencia y seguridad del hospital o hacerse cargo ellos mismos.

2. EL NIÑO

Describiríamos tres grupos entre los niños y adolescentes que hemos atendido: unos padecían de insuficiencia renal crónica, sus visitas al hospital eran cada doce, seis, o tres meses, tenían una dieta restringida y precisaban de medicación, su pronóstico a más largo o corto plazo era la diálisis o el trasplante. Otros estaban en diálisis, ya fuera en el hospital tres días a la semana, o en diálisis peritoneal en su domicilio.

En este grupo, los ingresos y las intervenciones eran más frecuentes. El tercer grupo correspondía a los niños trasplantados, algunos habían rechazado el trasplante y otros estaban pendientes de un trasplante “*in vivo*”.

Si bien su funcionamiento psíquico y sus mecanismos de defensa dependen de su edad, su entorno familiar, su desarrollo anterior, etc., hay que tener en cuenta algunas generalidades: son niños que tienen que someterse a una agresión interna por su daño físico, y externa por las pruebas diagnósticas y tratamientos que les impone la enfermedad. Pero la agresión no está permitido expresarla porque ¿cómo atacar a alguien de quién se depende?, ¿cómo quejarse si los demás no pueden entender y escuchar su sufrimiento físico y psíquico? Puede vivir su enfermedad como un castigo por una falta fantaseada, diferente según su momento evolutivo. Los mecanismos de negación, con frecuencia reforzados por el entorno, afectan no solo a su enfermedad, sino que también pueden provocar una inhibición intelectual global. Su aprendizaje se ve afectado por una baja autoestima y una simbolización deficiente.

En sus relaciones con el entorno, son los otros (madre, médico, enfermeras), quienes tienen derecho a violentar, manipular y gestionar su propio cuerpo, como si no les perteneciera. Ellos imponen y dictan las pautas de tratamientos, de comportamiento, como dietas, salidas, deportes, sin tener en cuenta sus gustos y aspiraciones, y a todo ello tienen que someterse pasivamente para convertirse en buenos pacientes y buenos hijos.

Los niños con frecuentes hospitalizaciones e intervenciones, que a menudo son los que están en diálisis, vivencian su cuerpo como mutilado, “horadado” por numerosos tubos, fístulas, cicatrices, pinchazos... donde se cuestiona el papel de contención de la piel, de delimitación entre el yo y no yo. Según Kreisler, “*el cuerpo, en lugar de ser instrumento de placer y autonomía, se convierte en lugar de sufrimiento, objeto de dependencia y ocasión de pasividad*”. Adquiere así identidad de enfermo por la imagen que el entorno le devuelve y por el desinvertimiento prematuro de su mundo e intereses.

Son niños en cuya realidad coexisten lo bueno y lo malo: lo que es bueno es malo, lo que es vida es muerte, el dolor es necesario para sobrevivir. La máquina de diálisis, prolongación del “*self*”, daña y chupa como un vampiro, y por otro lado filtra toda la suciedad interna. A su vez, los medicamentos, necesarios para seguir viviendo, pudren por dentro, les hinchan, y llenan el cuerpo de contenidos venenosos que no pueden expulsar muchas veces. La madre, las enfermeras, para curarles, deben causarles dolor.

Vamos a hacer una diferenciación según el diagnóstico se haya realizado en el primer año de vida, o bien se haya hecho posteriormente. Cada etapa tiene sus peculiaridades.

Un primer grupo va a estar constituido por los niños diagnosticados en el *PRIMER AÑO DE VIDA*. Si la enfermedad aparece en una edad temprana, los trastornos de investimiento materno afectarán al desarrollo ulterior de la autoestima del niño y de su organización narcisista. Los padres se ven en medio de su culpabilidad, enfrentados a sus deseos agresivos sobre un bebé poco gratificante, frágil y vulnerable. Además, el dolor del pequeño pone en juego la omnipotencia del entorno para aportarle lo necesario para su bienestar.

Los traumatismos conducen a una estructuración precoz del desarrollo, a una hipermadurez que en muchos casos corresponde a un falso “*self*” bajo la forma de sobreadaptación, de control, y con una pobreza en la instauración de objetos y

situaciones transicionales. Son niños que no juegan, o juegan poco, con una vida fantasmática pobre, y lo que encontramos tanto en el juego como en el dibujo es una “adherencia al tema”, es decir un intento de simbolizar a través de la repetición una realidad dura e invasora. Jugar supone también representar la ausencia de la madre y la capacidad de estar solo por haber interiorizado un entorno bueno. Algo difícil dada la relación simbiótica de estos niños con su madre, que no facilita el desarrollo de estos procesos.

En estos niños diagnosticados en una edad temprana, la configuración de su esquema corporal y el establecimiento de las relaciones de objeto revisten características peculiares. En sus dibujos no aparece la figura humana, y si aparece, consiste en una imagen amputada, fragmentada, como si solo se pudiera catectizar una parte del cuerpo o ésta afectase a toda su concepción del mundo: árboles o cabezas con forma de riñón. En ocasiones, lo que nos cuentan sobre el dibujo es que se trata de una “*persona sin historia*”, sin pasado ni futuro, donde sólo cabe la sincronía del presente, sin identidad sexual. La limitación del espacio y pérdida de significación de éste por estar atados a una máquina, son expresados en algunos dibujos que representan fortalezas, murallas, con sentimiento de estar encarcelados. Es un esquema corporal desvitalizado, disecado, que en ocasiones se prolonga en una máquina, la diálisis. Aparecen peculiares fantasías sobre su cuerpo. “*Todos nacemos sin riñón hasta que nos lo ponen*”, dice un niño de seis años, o “*soy como un niño lobo*”.

Si es alrededor de la *ETAPA FALICA* cuando el niño conoce su realidad, predomina el duelo por la pérdida de partes y funciones corporales y se reactivan las angustias de castración. Al niño se le explica que orinará por el dializador y él se hace la siguiente construcción: “*yo estoy seco, luego hay algo valioso que he perdido*”. Asimismo, su esquema corporal se quiebra: “*ya no es mi cuerpo el que orina, sino el dializador que está fuera de mí y si por él pasa mi sangre y se elimina mi ori-*

na, el dializador es parte mía". De este modo, una función corporal pasa a ser ejercida por un aparato, apareciendo vivencias de despersonalización y desintegración.

EDAD DE LATENCIA: el diagnóstico de la enfermedad a esta edad supone una ruptura con el modo anterior de vida del niño. La enfermedad, y sobre todo la hospitalización, van a actualizar fantasmas de abandono, agresión y muerte anteriores. De aquí que aparezcan actitudes regresivas, de rechazo, de retraimiento. Ante la angustia, muchos niños desarrollan sentimientos de culpa o agresivos hacia los otros. Adquieren conciencia de ser diferentes, el espacio y el tiempo toman una nueva significación. El control de la realidad se establece a través de la racionalización, de la sublimación, etc.

Asimismo, encontramos una sobrevaloración de todo lo intelectual aunque muchos presenten fracaso escolar debido al absentismo. Pueden permanecer activos a través del investimento de lo escolar, catectizar de una forma positiva una parte de su cuerpo: la cabeza, el intelecto. Es como si lo intelectual fuese el único ámbito donde pueden competir, que compensa de la herida narcisista y vehicula la depresión que subyace. Puede servir también de sustituto en un mundo muchas veces desafectivizado.

En la **ADOLESCENCIA**, la enfermedad interviene en las relaciones del chico con su propio cuerpo. El adolescente debe hacer el duelo por el cuerpo de la infancia y el duelo por el cuerpo enfermo, por la invalidez y pérdida definitiva que supone una enfermedad crónica. *"Esto se traduciría en una privación a nivel del funcionamiento y del placer corporal, por lo que tiene que hacer un duelo equivalente al de una pérdida de objeto de amor"* (Mazet-Houzel).

En esta edad, la enfermedad equivaldría a un castigo por las pulsiones sexuales. Toda fuente de placer que provenga del cuerpo no está permitida: la sexualidad negada porque piensan que no tienen derecho a ella si son bajitos, feos o presentan malformaciones. El placer se obtiene del dolor, se tra-

taría de una erogeneización del cuerpo a través del dolor. La identidad sexual está en juego. Hemos encontrado varones con un dificultades en su identidad sexual por la penetración de agujas, pinchazos de que son objeto pasivo. Las niñas sin menarquia, con dificultad de contener algo dentro.

En esta edad, suelen reaccionar de dos maneras: o reivindican agresivamente su independencia, rechazando o negando la enfermedad y resistiéndose a los cuidados, o la aceptan pasivamente obteniendo beneficios secundarios. Algunos presentan depresión enmascarada por la apatía, inhibición, desinvestimiento de la realidad exterior, etc.

La diferenciación necesaria de la madre se expresaría con ataques a ésta, a través del abandono de la medicación, y la transgresión dietética, muchas veces equivalentes depresivos.

En la entrevista con nosotros, aparecen en un principio apegados al cuerpo, a lo real. Sentimos dificultad de acceder a su mundo fantasmático.

El tratamiento

En el abordaje psicoterapéutico de los padres y el niño tenemos en cuenta: el tiempo limitado del que disponemos, las largas distancias desde las que algunos vienen, la prioridad que para ellos supone el cuidado corporal, los intensos mecanismos de negación instaurados que no podemos movilizar si no tenemos la posibilidad de contener, y la demanda que se nos hace ante situaciones concretas (hospitalizaciones, recaídas, abandono de la medicación por parte de los adolescentes, comienzo de la diálisis, trasplante, etc.).

Realizamos con los padres, la madre y el niño, o solo con uno de los dos:

Entrevistas terapéuticas de una hora de duración, que se pueden repetir en varias ocasiones, con una frecuencia mensual o trimestral.

Psicoterapia de duración limitada de varios meses, o de un año en algunos casos, que casi siempre ha coincidido con trasplante.

En estas consultas se da un lugar para poder verbalizar sus fantasías y vivencias, ayudando a elaborar el duelo, la ambivalencia, los conflictos y la reactivación suscitada por una situación traumática, teniendo en cuenta, como dice Anna Freud, que *“lo traumático depende de la propia experiencia del individuo”*.

El trasplante

La posibilidad de un trasplante crea una ilusión de la que todos participan, con una idea mágica de una nueva vida, de un renacer, es la posibilidad de adquirir un proyecto de futuro y una nueva identidad, la del niño sano.

A continuación vamos a describir algunas vivencias relatadas por niños latentes y adolescentes, ya que en los niños más pequeños esta realidad es vivenciada por las madres.

En el trasplante de cadáver, la introducción de un riñón desconocido, da lugar a vivencias despersonalizadoras de contener un cuerpo extraño, intensificadas por el edema generalizado que produce la medicación post-trasplante: les da miedo mirarse al espejo llegando a no reconocerse y aparece el temor de haber tomado la identidad del donante. Surge la fantasía de matar a otro para apropiarse de una parte de él con connotaciones muy persecutorias de un fantasma que habita dentro y puede descontrolarse en cualquier momento, pudiendo llegar a proyectar todo lo malo en ese riñón. A la vez aparecen los sentimientos de culpa –*“él provocó la muerte del otro, luego también él merecería la muerte”*–. Todo ello es negado masivamente por las personas del entorno que se afanan con intensidad en los cuidados orgánicos. Con frecuencia, los niños nos cuentan sueños repetitivos alrededor de la entrada del quirófano, el riñón que no llega, la intervención, etc. En la elaboración de este proceso aparecen fantasías de embarazo,

que a veces se acompañan de síntomas. Una niña decía: “*Mi riñón es como un bebé, tengo que cuidarlo para que crezca*”. Otra: “*Tengo la tripa hinchada, algo se mueve dentro*”. De todas estas fantasías y angustias participa la madre que a su vez tiene que hacer el duelo por la separación del hijo enfermo y el nacimiento a una nueva vida. Nuestra hipótesis es que la trayectoria y elaboración de cada una de las partes de este proceso, es uno de los factores que intervienen en la aceptación o rechazo del trasplante.

Los trasplantes “*in vivo*”, generalmente con donación de la madre, constituyen, en la fantasía de ésta, una forma de reparación de la culpa por la enfermedad del hijo. La vivencia de la madre tras la intervención, es de vacío, de pérdida, que le lleva a un proceso de duelo con todo su cortejo sintomático. En el niño, antes del trasplante, se reavivan las angustias por el robo y ataque al cuerpo de la madre, el temor a que pueda morir, a dejarla dañada físicamente. Posteriormente, el conflicto es menor, aparecen las vivencias de despersonalización, pero son menos intensos los aspectos persecutorios, lo que mejora la evolución.

Pensamos que el trasplante es una de las situaciones en las que está claramente indicada la intervención psicoterapéutica.

3. EQUIPO SANITARIO.

Nuestro planteamiento de trabajo en equipo partió del presupuesto, en la línea de Balint, de que solo la comprensión precisa por parte del médico y las enfermeras les permitiría integrar la enfermedad y sus consecuencias terapéuticas. Sobre esta base, nos planteamos analizar, a través de la discusión de los casos planteados, las dificultades por las que atraviesa la relación médico-paciente y la dimensión terapéutica del médico. Cuando decimos “*médico*”, nos referimos también al equipo sanitario.

Hemos de tener en cuenta que en Pediatría, y particularmente en las enfermedades crónicas de pronóstico a menudo grave, la situación es más compleja dado que el síntoma orgánico es presentado por el niño, pero el sufrimiento psíquico afecta tanto al niño como a su familia, un tanto perturbada, con lo que el pediatra debe hacer una aproximación a todos los que están implicados, dentro de la relación familia-niño-pediatra.

Pensamos que la función del médico sería no solo curar los síntomas orgánicos, sino también hacer un doble diagnóstico: el de la enfermedad orgánica y el de la enfermedad tal y como es vivida por el niño. La capacidad para la escucha, para entender un gesto o una actitud, son suficientes para disminuir la angustia y aproximarse a la conflictiva subyacente.

En este contexto hemos llevado a cabo reuniones quincenales con el equipo, durante cinco años, con una asistencia promedio de 8 personas.

Nos llamó la atención inicialmente que la temática planteada estaba impregnada de las implicaciones e identificaciones masivas que despiertan las angustias de muerte ante una enfermedad orgánica grave. Normalmente, el médico suele situarse en una posición más omnipotente desde el discurso médico racionalizador, desde el saber pertinente, defendiéndose de esta manera a través de una mayor distancia. Con frecuencia, proporciona una información a los padres sobre el pronóstico de la enfermedad, que oculta su incertidumbre y angustia. Por otro lado, el personal de enfermería debe realizar cuidados que le aproximan más al cuerpo del niño, estableciendo un contacto casi "*piel a piel*" que les planteará una conflictiva diferente, como veremos a continuación. Ambas maneras de afrontar la realidad han dado lugar a que los médicos asistan con continuidad en un primer tiempo del grupo, para abandonarlo posteriormente y buscar contacto fuera del encuadre grupal, permaneciendo solo las enfermeras.

En la primera etapa del grupo todo parecía un “*cuerpo único*”: la madre y el niño, el equipo con la familia, donde los límites estaban muy desdibujados al ser el contacto muy continuo y estrecho.

Por este tiempo, el equipo se hacía depositario de la culpa sentida por los padres hacia sí mismos o hacia el niño. Nos traen la desesperanza a través de casos con fracaso renal, que es asimilado al fracaso en la temprana relación madre-hijo: desinvertimientos y deseos de muerte hacia esos hijos defectuosos. La falla narcisista del grupo se expresa a través de la relación de las madres con bebés mudos, ciegos, es decir, la parte del grupo que no quiere ver, saber, al servicio de la resistencia. Manifiestan asimismo la necesidad estrecha por parte de las madres de estar conectadas tanto a ellas como a la máquina (el servicio de hemodiálisis sería vivido como madre contenedora). El prototipo de relación simbiótica es traído con frecuencia a través de una adolescente infantilizada y cuya madre la necesita enferma para “*sobrevivir*”. Asimismo, aparecen las dificultades de separarse de los niños y sus familias, llamando al hospital para saber de ellos durante las vacaciones o los fines de semana.

Por su parte, los médicos sienten que son vividos por los padres como el parámetro, el espejo donde ellos se miran para saber de la vida o la muerte, del pronóstico de la enfermedad. De aquí la importancia del comportamiento paraverbal: una mirada, un gesto, pueden expresar un diagnóstico pesimista.

En su relación con nosotros experimentan cierta ambivalencia. Como dicen Lebovici y Soulé, “el pediatra puede temer que el niño busque realizar una especie de “*novela familiar*”, en la que el papel de padre mítico, todopoderoso, sería atribuido al psicoanalista, mientras que él mismo debería contentarse con un papel más modesto de padre nutricio, experimentando cierta ingratitud y frustración”.

En una segunda fase, desaparecida la desconfianza inicial, nos traen la agresión del que se sienten protagonistas, con un

componente de erotización en la relación con el niño. Sienten la necesidad de dramatizarnos estos aspectos trayéndonos los catéteres y grandes agujas con las que les pinchan. Aparecen las angustias de muerte como reintroyección del sadismo y la agresión a los niños: “*siento que el pinchazo se vuelve hacia mí*”. Tarea dura que muchas veces es asimilada por las madres como la tarea que realiza la máquina: una madre protesta porque la máquina chupa “*a su hijo*” y pierde kilo y medio por sesión. Los núcleos más depresivos del grupo son expresados a través de casos que hacen referencia a deseos de muerte y necesidad de abandonar a los hijos. Aparecen madres “*malas*”, niños que no se comunican y les rechazan: “*no se integra*”, “*es una roca*”, “*se nos olvida*”. Es decir, ¿como invertir o no invertir sin culpa algo que frustra tanto?

Las madres son vividas persecutoriamente porque, mientras acarician al niño durante la sesión, ellas, las enfermeras, son las que pinchan y abren. “*De aquí la necesidad de decirles que se vayan cuando uno de los niños se marea, o para que no sepan tanto*”.

Por otro lado, la erotización de la relación defiende de las angustias de muerte: nos traen coqueteos amorosos de adolescentes durante la sesión de diálisis, la duda sobre si un cuerpo tan pequeño, tan maltratado, puede tener derecho a la sexualidad.

A medida que van tomando conciencia de que son la “*madre hemodiálisis*” y de que tratan a los niños como bebés para que no se les vayan, poco a poco les van dejando crecer y separarse, pueden cederlos a otros servicios sin que ello les remita al vacío. En esta última etapa, la transferencia y demanda de que se les ayude a ellas, aparece a través del material que nosotros remitimos al contexto, así como hemos hecho si aparecía la conflictiva institucional.

Finalmente, se va creando poco a poco, con movimientos de progresión y regresión, un *espacio potencial*, un espacio donde mentalizar e integrar todas estas vivencias, donde nues-

tro lenguaje y presencia les ayude a simbolizar. Al igual que la máquina, nosotros “*dializaríamos*” también su angustia. De esta manera, pasaríamos a ser un tercero organizador que les ayudaría a separarse y a despegar. El trabajo en equipo en estos cinco años ha evolucionado desde una confusión con una realidad invasora hacia una mayor diferenciación, pudiéndose desconectar de la máquina y de los niños más fácilmente. Hacer un espacio significa hacer el duelo sobre la omnipotencia, el límite, el cansancio, etc.

4. CONCLUSIONES

Como se desprende a lo largo del trabajo, nos parece importante que el niño tenga un estatuto de sujeto y no tanto de objeto pasivo en que le convierte la enfermedad. Para ello tiene que ser escuchado en otro registro y ser integrado en su propia historia.

El síntoma remite a una vida fantasmática, a una realidad psíquica que el entorno bloquea, no permitiendo al niño expresar su sufrimiento. Pensamos que el síntoma somático es de entrada y siempre psicossomático.

En el entorno del niño enfermo crónico se entrecruzan las historias personales y vida fantasmática del médico, equipo cuidador, el niño y la familia.

Por eso, el terapeuta sería el espacio donde lo psíquico existe: espacio para simbolizar, separar, que ayuda a contener. De aquí la importancia y el poder reorganizador de la relación terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU, D.: "El pensar". Biblioteca Nueva, 1995.
- BALINT, M.: "El médico, el paciente y la enfermedad". Ed. Libros Básicos, 1960.
- FREUD, A.: "Comments on psychic trauma" en "Research at the Hampstead Child-Therapy Clinic and other Papers (1956-1965)". International Universities Press, Inc., N. York, 1969.
- FREUD, S.: "Más allá del principio del placer". Obras completas. Tomo XVIII. Amorrortu ed. 1920
- GUTTON Ph.: "A propos de l'évolution psychologique des enfants atteints de maladie chronique". Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1976.
- KHAN, M.: "Le soi caché". Ed. Gallimard, Paris 1995.
- KLEIN, M.: "Importancia de los símbolos en el desarrollo del yo". Obras completas, Vol. II, Ed. Paidós, 1930.
- KREISLER, L./FAIN, M./SOULE, M.: "El niño y su cuerpo". Amorrortu ed. 1977
- LEBOVICI, S./ SOULE, M.: "El conocimiento del niño a través del psicoanálisis", 1981. Fondo de Cultura Económica.
- LEBOVICI, S./DIATKINE, R./SOULE, M.: "Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente". Vol. IV. Ed. Biblioteca Nueva, 1990.
- MAZET, Ph./HOUZEL, D.: "Psiquiatría del niño y del adolescente". Ed. Médica y Técnica, 1981.
- OGDEN, Th.: "La matriz de la mente". Technipublicaciones, 1989.
- PEDREIRA, J./MENDOZA, E.: "Aspectos psicopatológicos del niño en hemodiálisis". Rev. de la Asociación de Neuropsiquiatría, num. 6, 1983.
- RAIMBAULT, G.: "Pediatria y psicoanálisis". Amorrortu ed. 1977.
- RAIMBAULT, G./ROYER, P.: "La presentation para la mère de la maladie de son enfant". Archives Françaises de Pédiatrie, Tome XXV num. 6, 1968.
- RAIMBAULT, G./ROYER, P.: "L'enfant et son image de la maladie". Etude de Archives Françaises de Pédiatrie, 1967.
- WINNICOTT, D. W.: "Realidad y juego". Ed. Gedisa

**SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES:
CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO.
VALORACION PSICODINAMICA
DE LA PSICOPATOLOGIA PARENTAL*.**

M. Remei Tarrago Riverola**

DEFINICION

El Síndrome de MUNCHAUSEN por poderes es un cuadro poco frecuente en el que se lleva a un niño a la atención médica con síntomas observados o aducidos por la persona encargada de proporcionar los cuidados al niño. La demanda asistencial se repite con frecuencia dando lugar a numerosas hospitalizaciones, una considerable morbilidad y, en ocasiones, la muerte.

OBSERVACIONES CLINICAS

Se considera que los casos corresponden a un Síndrome de Munchausen por poderes si cumplían los criterios determinados por Rosenberg (1987) (autor que estudió 117 casos).

1. Enfermedad aparente o anomalía relacionada con la salud tramada por uno de los padres.

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

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

2. El niño es llevado al médico para tratamiento.
3. No aceptación del diagnóstico de salud por parte del autor (padre o madre que consultan)
4. Exclusión del concepto de S. de Munchausen por poderes del abuso o abandono del niño u homicidio.

La literatura relativa al S. de Munchausen describe a las madres como personas agradables, colaboradoras, agradecen y están a favor de la buena asistencia médica, inteligentes e informadas médicamente.

La figura paterna suele estar poco integrada en la familia, son padres que suelen estar ausentes durante períodos prolongados. Una característica de la figura paterna, en estos casos, es la confirmación de los hechos relatados por la madre aunque no exista evidencia de los mismos.

No obstante existe en la actualidad la descripción de algunos casos en los que es el padre quien ve la enfermedad en el hijo y consulta.

EXPOSICION DE UN CASO CLINICO

A raíz de un estudio para la detección de patologías evolutivas y situaciones de riesgo psico-bio-social realizado en una población situada en la periferia de Barcelona, se detectó un caso en el que no era posible realizar las exploraciones para dicho estudio ya que en cada visita que se hacía al domicilio familiar el bebé se hallaba ausente por ingresos hospitalarios. Diagnosticada de “Inmunodeficiencia” según la madre, se vio imposible que pudiese residir un bebé con dicha patología en aquella vivienda dado el estado de suciedad

Esta situación que, en un principio, nos pareció social fue alertando cada vez más al descubrir las múltiples patologías de las que el bebé era diagnosticado y los múltiples tratamientos que se iban instaurando con informes de Urgencias de distintos centros Hospitalarios

Esta familia fue considerada “de riesgo” en nuestro estudio con lo cual se les pidió que acudieran al centro a realizar una serie de entrevistas.

En el momento de la primera entrevista la niña tiene ya seis meses.

A la primera entrevista acudieron los padres solos, dado que la niña permanecía ingresada, la madre estaba convencida de que su hija se iba a morir. Nos llamo extremadamente la atención el relato frío y distante, ausente de dolor, con el que se dirigía hacia nosotros diciendo “no me creen pero cuando la traiga entre mis brazos (hace un gesto como de llevar un bebé sin vida) verán como tenía razón”. El entrevistador le pregunta ¿no la creen?, y ella relata su estancia en múltiples Hospitales y como nadie esta dispuesto a cuidar de la niña. “Yo la llevo para que me la cuiden” la niña tiene de todo, está muy enferma y nadie me cree. El padre confirma el malestar de la madre pero su actitud es totalmente pasiva.

En esta entrevista se le pide a la madre si podemos ponernos en contacto con el centro hospitalario donde está la niña, lo hacemos y relatan una serie de síntomas dichos por los padres y que no se dan a lo largo de los ingresos. Sospechamos el diagnóstico de S.D.M. y nos planteamos ver a la niña con la madre en la siguiente entrevista.

Se consigue el alta y vienen a la consulta madre y niña. El aspecto de la niña es frágil y únicamente llama la atención un estrabismo que parece no estar controlado

Durante la entrevista la madre nos dice que han estado “velando” a la niña, cuando se le pregunta que quiere decir expresa que por las noches temen que le pase algo y se quedan vigilantes “velando”. Esta pulsión de muerte lleva a la madre a despedirse diciendo “de aquel pasillo tan largo del hospital únicamente nos falta por visitar traumatología y quemados”.

La niña permanece durante todo el tiempo en los brazos de la madre, quieta y con aspecto enfermizo, la madre la sostiene

pero da la sensación de que lo justo para que no le caiga, con una distancia importante. Antes de despedirse la madre expresa que si no duerme tendrán que ir nuevamente al hospital porque no puede estar tantas horas sin dormir, se le hace notar que quizás son ellos los que no han podido dormir por el temor que sienten a que le suceda algo a la niña, la madre expresa que sí, “la toco a cada momento porque pienso que no respira”. El entrevistador añade: Quizás por esto la niña no podía dormir, estaban todos demasiado inquietos. La madre asiente pero insiste en que no duermen en casa igual que en el hospital. Pienso que no puede incorporar lo que se le dice y únicamente se le señala que quizás en el hospital se siente más cuidada. Quedamos para el día siguiente y la madre dice que estarán puntualmente porque aquí si que se la escucha y hacemos por la niña.

En esta entrevista impresionaba ver como la niña cumplía con su conducta, con el rol que la madre esperaba inconscientemente que hiciese. Un aspecto frágil y con poca vitalidad para un bebé ausente de movimiento y de curiosidad hacia su entorno.

Vemos en esta entrevista la ausencia de unidad originaria padre madre bebé, según describen Pérez Sánchez y N. Abelló en sus trabajos sobre observación de bebés No existe una relación que contenga y permita pensar, no hay introyección sino una proyección masiva viendo en el bebé el objeto moribundo, irrecuperable (o que no se consigue recuperar), cargado de elementos persecutorios (enfermedades), pero que paralelamente hay que cuidar “la llevo para que me la cuiden” y proteger de sí misma.

Por otra parte destacaba el sentimiento que transmitía la madre de necesidad de que alguien cuidase de su hija y de sus propias actuaciones con la niña para no dañarla, situación que en algunas ocasiones era muy impresionante.

A lo largo de este trabajo nos fuimos preguntando ¿cómo había sido la relación de esta madre con sus propios padres?,

¿cual era la dinámica de pareja antes del nacimiento de la niña? ¿qué vivencias podían haber existido durante el embarazo?

Se realizó un trabajo de contención viendo a la madre y a la niña durante unos meses con una frecuencia de tres veces a la semana, luego la madre encontró un trabajo que permitió llevar a la niña a una guardería donde se hizo un seguimiento muy próximo continuando con un tratamiento de dos sesiones semanales.

Durante el período de tiempo que pudo ser atendida no existieron más ingresos, pero si múltiples consultas a los médicos que habían atendido a la niña, con los que pudimos estar en contacto y favorecieron la contención devolviendo a la madre una cierta seguridad en su capacidad de cuidar.

EN SINTESIS

El objetivo de esta comunicación sería expresar la impresión, extraída de la clínica, de que probablemente el S.M.P.P. es una patología más frecuente de lo que se piensa, pero sí de difícil diagnóstico.

Se trata de una psicopatología grave de los padres que conduce al sufrimiento corporal y psicológico del hijo y que altera severamente la evolución o, como se ha dicho antes, incluso conduce a la muerte.

El caso presentado corresponde a un resumen de un trabajo en el que fue apareciendo mucho material pero que, por razones obvias de tiempo, queda excesivamente reducido.

POSIBILIDADES DE CRECIMIENTO EN LA ENFERMEDAD*

María Ignacio Roca**

En esta comunicación deseo reflexionar sobre las dificultades de separación y evolución adecuada en dos situaciones graves: una ceguera y un síndrome de Duchene.

Ambos son chicos inteligentes, pero con núcleos patológicos importantes, que sin la comprensión de estos y el enfoque terapéutico centrado en ellos, a mi modo de ver, resultaría imposible poder seguir adelante.

MANUEL

Manuel es un chico invidente, tenía 13 años cuando iniciamos una psicoterapia de dos sesiones semanales. El motivo de consulta era su pasividad. Seguía octavo de E.G.B. en una escuela pública con un maestro especialista unas horas a la semana, los profesionales que le trataban siempre habían creído que podía rendir mejor. Le costaba usar las posibilidades de autonomía que le ofrecían, a él le gustaba estar siempre guiado y acompañado. Su madre había aprendido el método BRAILLE con él, y una tía le repasaba puntualmente las lecciones

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psicólogo. Fundación Eulàlia Torras de Beà. Instituto de Psicología del niño y del adolescente. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

No le gustaba quedarse solo en casa, cuando no había nadie buscaba el ruido de la lavadora en marcha. Contaba que cuando era pequeño le había resultado muy interesante escuchar atentamente los distintos sonidos que la máquina producía.

Cuando nació su madre tenía 18 años. El muchacho nunca ha sabido quien es su padre. De su crianza se encargaron en gran medida sus abuelos, ya que la madre trabajaba y vivía con ellos. Hace 3 años ésta se casó con un profesor del chico, parece que entre ellos hay muy buena relación.

La madre cuenta que Manuel tiene restos visuales, pero que nunca los ha usado, los especialistas siempre han insistido que serían de gran ayuda si los incorporase adecuadamente.

A las sesiones, en este primer periodo, viene acompañado siempre de un familiar, el cual insiste en mi presencia, que está enseñando el camino al chico, ya que pronto podrá venir solo. Este hace un mohín, como de no gustarle demasiado la idea, pero en cambio responde con un: "Si, si, claro, yo quiero ir solo". En un tono complaciente y "como" adulto.

A mi me interesa observar estas acciones tan contradictorias.

Manuel es simpático, buen conversador, y expresa su deseo de ser ayudado, pero el tono de sus explicaciones es muy artificial, como si hablara con "estereotipias", la calidad de lenguaje y comunicación está llena de matices artificiosos, y de frases hechas.

Me habla de su abuela materna como un ser siempre contento, con unas ideas geniales, todos juntos se lo pasan muy bien. Las primeras sesiones están llenas de experiencias divertidas, básicamente de su entorno familiar, todo es estupendo no hay ni conflicto ni dolor ni preocupación alguna por el hecho de ser ciego.

Al cabo de unas sesiones yo le explico esta idea. El chico se queda muy desconcertado, y dice que no sabe a que me

estoy refiriendo, se angustia, hace un vaivén imparable con el cuerpo, insiste en que no sabe de lo que yo estoy hablando.

En días sucesivos le voy mostrando como él no habla de la escuela, de los amigos, quizás de estas experiencias que no son tan divertidas.

El chico entiende muy bien, pero las sesiones son difíciles, a mi me hace sentir intrusiva, intento que exploremos un área de la que no se habla nunca, parece muy disociada, pero a pesar de todo yo tengo la impresión de que esta más próxima de lo que parece.

Necesitamos tiempo hasta que se va produciendo un cambio importante, Manuel me comunica que hay cosas que no entiende por qué pasan. Puede concretar más las experiencias que no son agradables, como la del fragmento de sesión que relato a continuación:

“En clase mis compañeros siempre se están metiendo conmigo, cada vez que yo pregunto algo hay abucheos. En el patio estoy al lado de las chicas de la clase... bueno de algunas. De los chicos nunca. En cambio a veces con los del otro grupo paralelo a mi curso si que a veces tengo alguna relación”.

A través de estas incomprendiones podemos ir diferenciando que ha pasado en estos ocho años escolarizado en este grupo, y no se ha dado cuenta de que no les entendía.

El siempre ha gozado de privilegios, en clase recuerda a la maestra cuando han concertado una prueba, o los deberes pendientes, su relación con el profesor parece ser exclusiva. El no ha encontrado la manera de compartir las ansiedades del grupo delante de las exigencias, no siente malestar, es sumiso, hace el trabajo que le mandan, y está convencido que es esto lo que se tiene que hacer.

Están cursando octavo, es el último curso en la escuela y cada vez, cuanto más autónomos son sus compañeros organizando fiestas y salidas él se va quedando más relegado, no encuentra ningún resquicio donde poder tener un espacio pa-

ra compartir. Manuel sabe tocar la guitarra muy bien, tampoco esta habilidad le sirve para integrarse, acaba el curso cada vez más marginado.

El último trimestre es muy duro. Manuel relata la lectura que él se había construido de la realidad:

“Yo siempre he creído que ser ciego es una suerte, no tienes que ir a la “mili”, te acompañan siempre, la ONCE te hace muchos regalos, te organizan cosas. Yo nunca me había dado cuenta de lo que hacían mis compañeros y yo no podía hacer, he vivido engañado”.

Hay mucho dolor, se plantea que para que tiene que ver con los “ojos de dentro”. Esta es una expresión que yo he utilizado a veces en la sesión, y que la tomé de otra paciente ciega que hace años había tratado y me pareció muy útil, ya que los invidentes siempre hablan de que “han visto y naturalmente hay muchas formas posibles de ver”.

Fui entendiendo esta pasividad de Manuel como una forma de no evolución “adhesiva”, él usaba al otro como una parte de su propio self, no podía responder de forma distinta porque no había en la base otra manera de pensar, “adheriéndose” al otro que le dirigía.

Lo difícil era el reconocimiento e intercambio dentro de sí de emociones distintas, él siempre estaba contento, como la abuela, que encontraba chispa a todo. Le llevaban, le traían, y probablemente ésta había sido la relación creada en la escuela, se había adherido a lo que los maestros mandaban, y no había podido establecer contacto con las ansiedades y deseos del grupo de iguales, sus compañeros. Manuel les resultaba tan distante y extraño que se les hacía insoportable.

Nunca había usado su poca capacidad visual, habría sido encontrarse con su ceguera, con la parte no maravillosa de esta, y a él nadie le había puesto delante de esta situación.

Era duro compartir esta experiencia de ver la ceguera, ya que había un montaje muy bien tramado que no dejaba “ver”

esta situación. Escolarmente iba bien ya que cada día una persona, a la vuelta de la escuela, se sentaba con él y repasaban todas las materias dadas y hacían las tareas, Era “su pensamiento” que se estaba construyendo adhesivamente, día a día

Y así la mayoría de sus actividades, la ONCE, la madre o los abuelos organizaban y satisfacían sus necesidades de ocio.

La identificación adhesiva fue descrita por E. Bick y el concepto lo desarrolló Meltzer. En el año 1968 se publicó en el *International Journal of Psychoanalysis* un artículo de Mrs. Bick refiriéndose a experiencias en la observación de bebés sobre la función primaria de la piel, en el cual relataba que en los primeros meses de vida partes de la personalidad son sentidas sin ninguna conexión entre ellas, de forma que se hunden si no hay alguna cosa que les sostenga.

Esta experiencia es muy parecida a la función que ejerce la piel, que es la de mantener unidas las diferentes partes del cuerpo. Posteriormente E. Bick ampliaba este artículo con la experiencia en análisis de adultos y formulaba el concepto de identificación adhesiva (Conferencia en el Instituto de Psicoanálisis de Barcelona 1975). Esta identificación es distinta de la imitación, ya que en la imitación hay una intencionalidad, una conciencia del acto que no tiene la identificación adhesiva. Esta es una identificación de superficie (J. Corominas 1991), no hay idea de contenido, se realiza inicialmente por contacto táctil, pero también visual y auditivo.

En este paciente tanto la sensorialidad táctil como auditiva han sido intensamente estimuladas, a la vez que una protección extrema para no “ver” su gran déficit, y sustituirlo con ayudas, una y otra no permitieron que pudiese realizar diferenciaciones adecuadas.

Relataré un fragmento muy breve de la sesión de después de las últimas vacaciones de verano. Manuel ya llevaba más de dos años de psicoterapia.

“Este verano ha habido de todo, bueno y malo. Se ha muerto mi abuelo, el padre de mi padre, bueno tú ya sabes que no es mi abuelo, pero yo lo quería como a tal.

Hace seis meses había sufrido un infarto, pero él decía que los médicos se habían equivocado, no lo quería aceptar, como si las cosas que te pasan las pudieses sacar y poner a tu gusto, pues bien últimamente insistía en que no le pasaba nada y no se quería cuidar mucho, y ya ves se ha muerto.

Lo bueno ha sido la playa, me lo he pasado muy bien, como ahora me meto solo, desde que he aprendido a orientarme, me va muy bien, yo me fijo de dónde viene el sol, esto me informa hacia dónde está la orilla. Voy nadando, veo la luz, sé dónde estoy y cómo debo hacerlo para salir. No es mucho pero... A mí me da mucha sensación de libertad. Aunque ya sé que mis padres están pendientes, pero no te creas, cada día menos ¡eh!”

Las cosas han cambiado en estos dos años, en este breve fragmento relata Manuel las diferencias, la “adhesión” ha podido ser comprendida, y aparece una nueva forma de entender desde la posición depresiva, el otro está, pero no pegado a mí, vigilándome desde la orilla.

La realidad ahora la entiende no como algo que se saca o pone a gusto, si no tal como él reflexiona a través de la narración de la muerte del abuelo.

JUAN

Juan es un chico de 11 años que ha desarrollado el síndrome de Duchene, el proceso es una degeneración muscular que le va llevando a la pérdida de movilidad, y una esperanza de vida de 20 años. Este proceso se ha desencadenado en los últimos cuatro años.

Llega a la consulta en silla de ruedas y acompañado de su madre, previamente yo estaba informada de la problemática del muchacho por una compañera que hasta entonces le ha-

bía estado ayudando en entrevistas espaciadas, y con bastantes dificultades para que pudieran asistir a ellas.

Esta consulta actual se realiza en una Area Básica, la pediatra del Servicio al saber que Juan tenía visita conmigo se interesó para conocer que le pasaba, ya que había acudido la madre a ella para que le tramitaran unos documentos, y no había podido aclarar que tipo de problema era, solo que el chico iba en silla de ruedas. Nunca iba para nada más que para exigir papeles, relataba.

En la primeras entrevista la madre empuja la silla, ella usa gafas oscuras, y el chico lleva la barbilla apoyada en el pecho, la impresión es de dos figuras que avanzan sin conectar con la persona que tienen delante, ni uno ni otro saludan.

Esbozo una pequeña sonrisa a la madre, y me dirijo al chico por su nombre, explicándole que yo se que antes le visitaba G. que a partir de ahora, si les parece bien seré yo la persona que trabajaré con ellos.

La madre hace un gesto afirmativo con la cabeza, y me pregunta por el horario.

La veo muy deprimida y con muy pocas ganas de hablar, me intereso por lo que ella había pensado que podría ser, y la frecuencia de este trabajo.

Me insiste que sea yo la que decida, les veo muy distantes, y hablo de la dificultad de cambiar de persona, que ellos tiene una situación muy difícil, de por si y que el cambio aun se la complica más. (Estoy pensando en las sucesivas pérdidas que ellos tiene que ir enfrentando). Pero no les planteo esta cuestión en este momento. Aunque a mi me es útil entenderla para poder soportar su frialdad hacia mi.

Comenta más animada la madre que antes cuando no iba en silla de ruedas era más fácil desplazarse al otro servicio, pero ahora, con la silla, venir aquí es muchísimo más cómodo. Ya que esta muy cerca de su casa y pueden venir andando.

Recuerdo a Juan la persona con la que trabajaba, que se encuentra muy extraño, hoy aquí, en un sitio distinto y conmigo que no me conoce. Quizás poco a poco será más fácil.

El chico hace un cierto movimiento de acercamiento a la madre, pero sin levantar la cabeza de la posición inicial.

La madre me informa que con la otra persona estuvo visitándose mucho tiempo, y solo llegó a mirarla, pero nunca le habló. ¿verdad Juan?.

El chico no da ningún tipo de respuesta.

Como veo a la madre más animada le propongo que me hable de las aficiones de Juan, que hace en casa... "Venga dílo tú".

No espera, y empieza a relatar que ahora tendrá un ordenador, que hace puzzles, mira la tele, que ella siempre tiene que estar con él, el tono va cambiado hacia la queja de tener de estar siempre tan pendiente de él. A mi me parece mejor no entrar en esta situación.

Les propongo verles dentro de dos semanas, y poder ir planteándonos la posibilidad y frecuencia de las entrevistas, estamos cerca del verano y tenemos que pensar en ello

El chico sale como ha entrado.

En las próximas entrevistas Juan levanta la cabeza y me mira, pero no habla, la madre lo hace por él, va relatando las cosas que hace. En la tercera entrevista hablamos de la posibilidad de que en el verano pueda asistir a unas vacaciones en el campo, con un grupo de chicos, en las cuales la madre también podrá incluirse, pero estará ayudada por monitores.

A Juan se le ilumina la mirada, parece más contento y al preguntarle yo directamente asiente con la cabeza.

En la cuarta entrevista la madre dice que lo del verano no podrá ser porque ha hablado con el ortopeda y le van a intervenir los tendones de los tobillos, además le pondrán unos aparatos para que pueda andar. La madre se extraña de que

el chico vuelva a estar triste, yo comento que él estaba muy ilusionado con la salida al campo, y quizás la intervención le da mucho miedo. Juan asiente con la cabeza, la madre sonríe y parece no enterarse. La veo absolutamente decidida a operar al chico sin entender que sería mejor para él en aquel momento. Comenta que el chico ha dicho que a la escuela no va a ir con aparatos.

Intento explicarle las ilusiones que probablemente había puesto Juan en las vacaciones en el campo, que quizás están corriendo mucho.

La madre va explicando sin poder atender. Juan hace distintas expresiones faciales, enfadado, más contento... depende de lo que se este hablando, como si fuese un muñeco animado por las explicaciones de ésta.

Propongo a la madre una entrevista ella y yo la próxima semana, ya que en la escuela están con el trabajo de final de curso, y Juan tiene mucho que hacer. El chico asiente con la cabeza.

La madre acepta pero no asiste a la entrevista, y no vuelven a pedir hora.

Se, por servicios sociales, que la operación fue muy dolorosa, que el niño está muy deprimido, la madre cuando vio el esfuerzo que se tenía que hacer para la recuperación se negó a ponerle los aparatos, ya que al chico no le gustaban, y abandonaron el hospital sin tener el alta correspondiente.

A petición de servicios sociales la madre ha venido a pedir hora de nuevo, tan muda y desconectada como la primera vez.

La experiencia de las anteriores entrevistas me ha mostrado la urgencia de trabajar previamente con la madre, ella no puede tener un momento de calma y enfrentar adecuadamente la pérdida del hijo sano que va sufriendo inexorablemente. Las vacaciones, el soporte psicológico, eran enfrentar esta realidad de la que va huyendo. La operación era poder andar, pero no puede plantearse andar ¿para qué?, ¿de qué forma?,

¿hasta cuando?. En definitiva lo fundamental de la enfermedad de la que esta aquejado el muchacho.

Juan está en completa simbiosis con la madre, funciona de forma pre-verbal, ésta habla por él. En presencia de la madre hace cosas con ella que cree que solo no puede realizar, depositándole todas sus posibilidades de lucha y de decisión, sin poder diferenciar que puede hacer y lo que va perdiendo, sumiéndose en un estado de depresión muy importante.

La carga que esta recibe no la puede sobrellevar, porque lo esencial no se elabora, son estas pérdidas continuadas que tienen de disfrazarse. Esto la lleva a la búsqueda de soluciones mágicas huyendo del enfrentamiento no muy lejano de la muerte del hijo.

El objetivo principal de la intervención terapéutica es, de una parte, posibilitar que la familia pueda comunicarse mejor a la vez que Juan aproveche las situaciones lúdicas que aun pueden proporcionarle satisfacciones y calidad de vida. De otra, no provocar a la madre un duelo prematuro, sino ayudarla a tolerar la lógica e inevitable dependencia y depresión del hijo, pudiendo acompañarle adecuadamente hasta el final.

Tanto en el caso de Manuel como en el de Juan los mecanismos de negación o las protecciones defensivas contra la realidad son soluciones que resultan más traumáticas que la misma realidad, de la que se huye desesperadamente, dañando tanto las relaciones entre madre - hijo, como con el entorno, donde podrían hallar un mejor soporte del sufrimiento.

SUFRIMIENTO CORPORAL Y DESARROLLO PSIQUICO EN UN NIÑO GEMELO*

Nuria Bea Torras**

PRESENTACION DEL CASO

Este trabajo pretende reflexionar sobre los diferentes factores que han contribuido a que un niño (Julián) haya evolucionado con una personalidad disarmónica, comprometiendo tanto su vida relacional como su capacidad de aprendizaje.

Para ello voy a presentar al niño a través de viñetas del grupo diagnóstico en que participa, para posteriormente explicar su historia hasta el momento de la consulta.

El grupo conducido por mi, está formado por 3 niños. Julián es el mayor, y cuenta en el momento 4 años y 4 meses. Los otros dos niños, Alberto y Toni, son unos meses menores.

Julián es alto para su edad, delgado, desgarrado y de tez pálida, siempre ojeroso, de semblante serio y triste.

En la segunda sesión, entre los cuatro trazamos una carretera con piezas de madera. Alberto y Julián hacen pasar unos cochecitos por encima de las piezas, pero no consiguen que corran. Julián lo desmonta todo de un manotazo... Comento lo ocurrido diciendo que "cuando las cosas no nos salen bien a menudo nos enfadamos". Propongo rehacer la carretera y tratar de que los coches puedan correr mejor. Toni enseguida empieza a disponer piezas, pero Julián lo desmonta de un gol-

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

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

pe antes de que acabe. Todos se desinteresan de este juego y pasan unos momentos jugando cada uno por su cuenta con un cochecito. Bruscamente Julián se levanta y va hacia la ventana con un muñeco en la mano y hace ademán de tirarlo a la calle. Se lo impido al tiempo que le pregunto por qué lo quiere tirar... El no contesta, yo digo “se perdería”.... En otros momentos se producen situaciones similares.

Más tarde, en la misma sesión, va a la puerta diciendo “Quiero agua, pero de verdad”. Le pregunto “¿tienes sed?”. él asiente y añade, “pero de verdad”, tratando de que me de cuenta de que ahora no se refiere al juego de comiditas que estábamos haciendo, sino de que necesita beber agua. Le enseño el reloj, diciendo que falta muy poco para salir y que seguramente podría esperarse... Acepta y vuelve a su juego. Puede esperar los minutos que faltan hasta la hora de terminar.

En la octava sesión estamos realizando una construcción entre todos y bruscamente Julián y Toni empiezan a tirar piezas de madera en todas direcciones. Se van excitando y no encuentro la forma de reconducir el juego. Julián mete ambos pies en la papelera. Trato de ayudarle a salir y hace un intento de morderme aunque no llega a hacerme daño.

Hacia el final de la misma sesión Julián explica alguna cosa en relación a lo que hacemos y nombra a Astérix. Pregunto a los otros dos niños si saben quien es Astérix. Como no lo saben animo a Julián a explicarlo. Dice “es un hombre muy fuerte que tiene un amigo que se llama Obélix”. De esto pasan a hablar de películas que tienen en vídeo. Toni dice que la bruja de Blancanieves le da miedo, con lo que tanto Alberto como Julián coinciden... Uno de ellos dice que cuando sale se tapa los ojos y oídos. Julián hace ademán de esconderse y añade a continuación que a él los petardos también le dan miedo.

Creo que estos fragmentos muestran como Julián puede funcionar en registros muy diferentes según el momento, de forma muy inestable. Tolera muy mal la frustración: los coches no corren bien por la carretera que ha ayudado a construir y

por tanto la desmonta de un manotazo y no puede permitir que se reconstruya. Trata de “tirar” todo su malestar y se vuelve invasivo, difícil de contener, agresivo, de forma que la terapeuta debería estar exclusivamente pendiente de él. Más adelante en la misma sesión en cambio, puede mostrar como diferencia las situaciones de juego de la realidad y como es capaz de tolerar la espera. En otra sesión vemos como también pasa un momento de excitación y descarga, pero más adelante se interesa en la conversación y puede observar y expresar un afecto difícil, el miedo, poniéndolo en palabras.

Su aspecto físico hipovital, es la imagen de la carencia y la depresión.

Estas viñetas muestran las diversas facetas de la personalidad de Julián quien, cuando a través de su relación con la terapeuta está contenido, puede ejercer su parte más evolucionada. Estos aspectos harían pensar que a través de un tratamiento psicoterapéutico, podría evolucionar hacia una personalidad más integrada.

Todo esto permite imaginar a Julián en los distintos medios en que vive: la escuela, la familia... y entender que sus padres consultarán describiéndolo como variable, imprevisible, y agresivo.

Paso ahora a referir un resumen de la historia clínica a fin de poder discutir cada aspecto que puede haber influido en su evolución.

HISTORIA CLINICA

Se trata de una pareja joven, sin hijos, de nivel social medio. Gestación gemelar que transcurrió sin incidencias. Al inicio del parto espontáneo, a 39 semanas, se detectó sufrimiento del feto de menor tamaño, por lo que se procedió a realizar una cesárea.

Nacieron dos varones. el primero –Marcos– con un peso de 3200 gr. y exploración normal. El segundo –Julián– pesó

2200 gr. y precisó reanimación superficial. A las cuatro horas del nacimiento Julián tuvo que ser trasladado a otro centro por un cuadro de distress respiratorio debido a una aspiración de líquido amniótico. Allí estuvo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante 21 días. Se le aplicó fototerapia porque inició ictericia precoz. Durante el ingreso se detectó un cuadro de insuficiencia hepática y cardiomegalia por lo que se recomendó a los padres continuar con un seguimiento ambulatorio.

Después del alta de la madre, a los 4 días junto con Marcos, los padres visitaron a Julián a diario y a partir de los 10 días de vida, pudieron sostenerlo en brazos por unos momentos e incluso darle algún biberón. Cuando llegó a casa fue siempre difícil, imprevisible y contradictorio.

Entre tanto Marcos tenía un desarrollo normal. Era un bebé fácil y satisfactorio.

A los 46 días de vida Julián volvió a ingresar en un Centro Hospitalario grande para realizarle diversas pruebas por su cuadro de hepatopatía y cardiomegalia. Durante el ingreso sufrió un cuadro de bronquiolitis intercurrente que obligó a trasladarlo a la UCI donde permaneció 8 días, 24 horas con ventilación asistida. Permaneció ingresado un total de 24 días en los que sus padres le visitaban a diario –las horas autorizadas–, pero los días que estuvo en la UCI sólo se les permitía verlo a través de los cristales.

Ambos niños iniciaron la asistencia a guardería a los 8 meses, a jornada completa.

Julián tuvo varios ingresos más: A los 9 meses: durante una noche, por *fractura de clavícula*, producida por un accidente cuando iba con su andador. A los 18 meses: durante 4 días por *varicela severa*. A los 2 años: durante 24 horas por una *intervención de hernia inguinal* y a los 2 años y 8 meses: también 24 horas para ser *operado de hipospadias leve*. En todos estos casos estuvo siempre acompañado por uno de sus padres.

Consultaron en nuestro Servicio cuando los niños tenían 3 años y 9 meses.

FACTORES INFLUYENTES

El estudio de la evolución de Julián lleva a pensar en 3 factores que, sumados e interrelacionados la han determinado:

1. Factores biológicos
2. Dificultades externas en el establecimiento del vínculo.
3. Factores relacionales posteriores.

1. Factores biológicos

Incluyo bajo el nombre de factores biológicos tanto los que se refieren a la herencia genética –distinta a la de su hermano por ser gemelos bivitelinos–, como los que se refieren al hecho de haber nacido con un peso bastante inferior al de su gemelo y haberse demostrado un sufrimiento fetal, hecho que indica que a finales de la gestación la placenta estaba siendo insuficiente para su crecimiento. Cuantificar la influencia de estos dos factores en la evolución posterior de Julián es imposible, pero sin duda deben ser tenidos en cuenta.

2. Dificultades externas en el establecimiento del vínculo:

El primer contacto directo entre Julián y su madre fue a los 10 días del nacimiento, debido a que fue ingresado antes de haber sido presentado a su madre. Sabemos lo importante que es para el buen funcionamiento de las relaciones posteriores, que el primer contacto entre madre e hijo sea lo antes posible después del nacimiento. En el postparto inmediato la mujer por causas tanto biológicas como emocionales, está en un periodo especialmente sensible en su capacidad de vincularse al recién nacido. Además, el conocimiento del hijo y los intercambios continuados fortalecen el instinto maternal y la unión en la diada.

Pero además, cuando Julián llegó a casa, encontró el lugar ocupado, la madre tenía el otro bebé con ella que debía com-

pensar y tal vez saturar sus necesidades maternas, tanto más cuanto Marcos es descrito como bebé fácil y satisfactorio.

3. Factores relacionales posteriores:

Julián en el grupo reclama ser atendido de forma exclusiva por la terapeuta, pero lo hace a través de la desorganización y de conductas agresivas, hecho que contratransferencialmente podría promover rechazo y expulsión y cerrar un círculo vicioso. Esto es lo que ha ocurrido repetidamente en otros medios. O sea, desde siempre, por su necesidad de ser atendido, por sus demandas urgentes, absorbentes, invasivas, Julián pone al entorno en su contra: lo distancian, hecho que aumenta su ansiedad y empeora notablemente su situación, en un claro círculo vicioso. Esto nos hace pensar en sus primeros tiempos de vida, en que debido a tantas separaciones y rupturas sus ansiedades más primarias debieron ser muy difíciles de acoger y metabolizar suficientemente por una madre-continente

Estos padres se muestran sensibles, interesados en su hijo, con buena voluntad, haciendo muchos esfuerzos para conservar el contacto con él durante los ingresos. Sin embargo, las dos largas separaciones en los primeros meses de vida, junto con la ansiedad vinculada a la situación del hijo son datos de mucho peso para pensar que la madre—ambos padres—tuvieron dificultades para vincularse suficientemente bien con Julián como para captar sus necesidades.

En la familia Marcos debe asumir el papel de hijo satisfactorio y fácil lo cual no tiene porqué ser siempre positivo para él, ya que quizás le obliga a una excesiva contención, a no poder “dar problemas”.

También vemos en la historia como Julián es un niño lábil biopsicológicamente. En su segundo ingreso para una exploración sufre una bronquiolitis. Pienso que la depresión originada por la separación de la madre, con quien había iniciado una relación entre los 21 y 46 días de vida, seguramente influyó en

una disminución de sus defensas. Al mes de iniciar la guardería Julián se fractura la clavícula. Muestra como necesita ser cuidado, contenido constantemente ya que él no ha adquirido la capacidad de hacerlo. Ha habido otros ingresos por enfermedad o cirugía. Sabemos que en los niños el estar enfermo es vivido como una agresión que apenas se diferencia de agresiones externas. Sin duda, pues, todo ello ha contribuido a la difícil evolución de Julián.

ACCIONES PREVENTIVAS PROPUESTAS

Soy consciente de que este trabajo resulta muy resumido y podrían decirse muchas más cosas en torno a la situación actual de Julián. Pero deseo terminar comentando brevemente acciones preventivas posibles para favorecer una evolución más armónica.

1. Evitar los ingresos no imprescindibles, y abreviar los necesarios al máximo y siempre que sea posible que el niño esté acompañado de su madre.
2. Cuando el ingreso es en la Unidad de Neonatos hacer participar a los padres en el cuidado del niño tan pronto como sea prudente, ofreciéndoles ayuda psicológica para irle conociendo: observar el temperamento de su bebé, sus competencias. Esto favorecería que pudiesen tolerar mejor las ansiedades que la situación desvela y les prepararía para la vuelta a casa. En cierta forma contrarrestaría el instinto de muerte que los padres viven en esta situación.
3. Ayudar a los padres a prever las necesidades de su hijo al alta, y las dificultades con que se encontrarán: el tiempo que puede requerir que se adapte a su nueva situación, etc... facilitando así que se organicen en la forma más adecuada.

Si se tratara de un niño con una patología orgánica específica (P.C, malformaciones diversas, etc..) sería tanto más im-

portante que los padres hubiesen recibido ayuda y orientación psicológica en cuanto a la relación con su hijo en el periodo de hospitalización del recién nacido.

En el caso de Julián pienso que se habría tenido en cuenta *qué significaba la existencia de Marcos*. Se hubiera hecho atinar a la madre en la conveniencia de buscarse ayuda, de forma que ella pudiera tener tiempo para seguir el ritmo de ambos, y para ir conociendo, pudiendo tolerar y relacionarse mejor con Julián, más difícil que su gemelo.

La entrada a la guardería tan pronto, a 8 meses, después de tantas separaciones y traumas como ha sufrido Julián hace pensar que la situación familiar era fatigante, pero probablemente se hubiera podido evitar si los padres hubiesen estado más ayudados, y hubiesen comprendido la importancia de ayudarle durante más tiempo para integrarse mejor en la familia.

Pienso que casos como el que he presentado, Julián, se dan con frecuencia, y que es trabajo de todos los profesionales que intervienen buscar formas de ayudar a las familias, a fin de proteger en lo posible la evolución de la personalidad de estos niños.

LA NO ACEPTACION Y ELABORACION DE LA EVOLUCION PERSONAL Y DEL SUFRIMIENTO FISICO DIFICULTA LA EVOLUCION PSIQUICA*

Gloria Seto Musquera.**

Frente al embarazo toda mujer siente, percibe, imagina y crea a su hijo según su propia historia. Ya incluso antes de concebirlo puede imaginarse teniendo un niño o una niña, cómo será y empezará a darle toda clase de atribuciones.

La futura madre fantaseará sobre su bebé. No es de extrañar que, en un momento, piense en un bebé perfecto, con los rasgos más lindos e imaginables para ella y, en otro, se sienta invadida por grandes temores. Soñando, fantaseando, invistiendo irá contribuyendo por anticipado a la constitución del aparato psíquico de su bebé. Este cuerpecito va tomando forma, pero no sólo forma física, sino física y psíquica a la vez.

Ni mencionar hace falta, la importancia del padre. La madre no lo hizo sola, necesitó y escogió su pareja y, juntos, podrán “jugar a papá y mamá” mientras esperan su llegada. Nueve meses es pues un espacio de tiempo corto si se piensa en el gran trabajo psíquico que hay que hacer.

Cuando el gran día llega, la realidad se impone, el bebé real no se parece tanto al soñado. Nunca suele ser como los pa-

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: “Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia”.

** Fundación Eulàlia Torras de Beà.

dres lo fantasearon y, a veces, la decepción no se hace esperar.

¿Qué ocurre cuando los padres no pueden tolerar la decepción, cuando a toda costa desean hacer coincidir su fantasía con la realidad?.

¿Qué ocurre cuando al bebé no se le deja ser él y se le exige que responda a la imagen idealizada que de él hicieron?

El siguiente caso, al que le llamaremos Alberto, un niño de 7 años. puede ayudarnos a reflexionar sobre ello, quizás nos permita ver cómo la no aceptación y elaboración del sufrimiento físico ha impedido la evolución psíquica. El niño no puede pensar y en su lugar actúa.

Su cuerpo se convierte en el escenario, no solamente de su trastorno físico, sino también del psíquico.

RESUMEN DE LA 1.ª ENTREVISTA CON LOS PADRES

Vienen los padres solos, por indicación de la neuróloga.

El organigrama familiar está compuesto por los padres y dos hijos varones: Alberto de 7 años, y un hermano de 11 años.

Los padres relatan:

“Nació con una malformación en la espalda. No puede andar correctamente, pero no tiene ninguna importancia. Corre, hace deporte, incluso gana.”

El padre muestra cierta angustia:

“Cuando baja la escalera a veces tengo miedo de que caiga”.

La madre dice:

“¡Pero no cae, nunca cae!, es un niño precioso, ya lo conocerás... Es muy guapo, tiene muchos amigos... En el colegio es el rey, todos le quieren, llegas y ya empiezan a llamarle. Es muy aceptado...”

(La expresión del padre muestra cierta inquietud).

Me intereso por la malformación de su espalda, de cuando se enteraron, por el diagnóstico,...

“Al principio nos dijeron que podía ser una enfermedad degenerativa”

Me refiero al gran sufrimiento que debieron pasar.

“Sí, claro”.

(Se angustian y enseguida cambian de tono diciendo)

“Pero no, qué va, enseguida se descartó...”

(Continúan expresando las grandes maravillas del niño).

(Con mucho esfuerzo voy dirigiendo la entrevista con el fin de enterarme de lo que le pasa al niño. Si no forzara nos quedaríamos toda la hora hablando de sus cualidades, que evidentemente las hay pero no podríamos hablar de las dificultades que motivan la consulta). (Continúan)

“Sabe ganarse a la gente, cae muy simpático”. “Va de feliz por el mundo”.

(Pregunto si es la primera vez que consultan a un psicólogo).

“No, hizo logopedia”.

(Cuesta enterarse de cuanto tiempo, parece que fueron unos pocos meses).

“Va a fisioterapia una vez cada quince días, hace fútbol, natación”-

“Hace segundo de EGB, va mal, pero es que son treinta por clase, también es él, que es muy perfeccionista... Contesta agresivamente, pero es muy cariñoso”

(Básicamente va hablando la madre. El padre dice:

“No acepta que te enfades, saca de quicio...”

(La mamá añade)

“Pero viene enseguida para hacer las paces”

“No hace nada, no obedece”. Añade el padre

(Frente a estos comentarios del padre, la madre se inquieta mucho y mirándole seriamente dice)

“Tiene siete años, qué quieres, ningún niño hace caso a los siete años”.

(La mamá se muestra cada vez más desbordada y angustiada por la entrevista. Tiene que ir recalcando lo bien que está el niño, pues cualquier dificultad la desmorona y dirigiéndose a mí, prosigue)

“Con la motricidad fina tiene algo de dificultad, porque en el colegio nos lo han dicho, pero para moverse no, porque él como sea, pero lo hace todo: el fútbol, la natación, es bueno, incluso muchas veces el mejor.”

Quedamos en irnos viendo y hacer unas entrevistas exploratorias con el niño.

Finalizo la entrevista con la impresión de que estos padres necesitan mucha ayuda. Pienso en el gran sentimiento de culpa que les invade, en cómo este niño les devuelve una imagen negativa de sí mismos.

La negación es evidente, sobre todo por parte de la madre. El nivel de angustia es tan elevado, que no les es posible tolerarlo. No han podido aceptar el “fallo” del niño y, por tanto, no han podido ni nombrar el diagnóstico.

RESUMEN DE LA ENTREVISTA CON EL NIÑO

Entra corriendo. La mamá no puede pararle. El niño actúa de forma indiferenciada, como si ya nos conociéramos.

Se trata de un niño de aspecto agradable, a pesar de que es evidente que hay un trastorno físico. Todo él es ancho y cuadrado. A simple vista se observa la espalda y el pecho excesivamente desarrollados. La espalda forma una pequeña giba, con la zona lumbar hendida y las nalgas salidas, formando una “S”. Anda con los pies separados buscando una mayor

estabilidad y equilibrio. Al andar se ladea. Los movimientos son torpes y exagerados.

Le pregunto si sabe quién soy y como me llamo. No responde. Va pidiendo cosas. Frente a mi lentitud, se enfada.

“¡Va, venga!, ¿tienes puzzles, tienes pega?”...

Le ofrezco papel, lápices y caja de juego. Se pone a dibujar rápidamente, lo deja, empieza otro, pide tijeras, recorta. Se levanta y se sienta constantemente. Le digo que ponga su nombre y la fecha en el dibujo. No parece haberme oído.

¡Va, venga, saca la pega!

Se la doy. Le cuesta destaparla, le ofrezco mi ayuda.

¡No!

Se ayuda con la boca. Pone tanta pega que le sobresale.

¡Ponme tinta también!

(Veo que necesitas muchas cosas).

Sí. Yo salto mucho. Hago gimnasia. Mira. (empieza a dar saltos).

(Me llama la atención que frente a la necesidad responda que él salta mucho).

(¿Qué es lo que te gusta hacer?).

“No juego a nada. Miro la tele, a Lego”.

(¿Al Lego?).

(Se inquieta y empieza a moverse muchísimo. Pregunto qué le pasa y pide para ir al lavabo. Le acompaño. Hasta llegar a él tropieza varias veces. Ya de vuelta empieza a preguntar la hora. En este momento saca lo de la caja, todo de golpe y exclama:

“¿Sólo eso?”.

Llaman a la puerta y el niño sale corriendo, tirando la silla sin querer y dejando el contenido de la caja desparramado. No alcanzo a pararle y la madre tiene que salir corriendo detrás de él.

Una vez finalizada la exploración, acordamos iniciar psicoterapia a razón de una vez por semana, ya que el niño hace múltiples actividades y no le queda tiempo para más.

Durante el primer período destaca:

La hiperactividad, el niño no para. Mi función es básicamente contenerle.

Muestra dificultades para escuchar.

Necesita ir constantemente al lavabo.

Le caen las cosas continuamente, para coger una, tira las demás, no ve las que tiene más cercanas.

A menudo me da golpes, sin malicia aparente, debido a sus movimientos bruscos. Se mueve de forma incontrolada sin predecir hacia donde se desplazará, sin prever el espacio necesario.

Sólo inicia los juegos, empieza, parece que va a organizar algo, pero abandona rápidamente para pasar a una nueva tarea.

Pide constantemente la hora pero no se queda con mi respuesta.

Entra y sale en tromba, al extremo de ponerse en peligro, de manera que si la madre no le parara podría accidentarse.

He seleccionado cinco dibujos. Del primero al último hay ocho meses de diferencia. Nos pueden servir para ver la evolución que hace Alberto durante este tiempo, de la representación gráfica de la figura humana. Aspecto que me parece sumamente importante en este caso.

En el primer dibujo vemos como el niño empieza a dibujar, lo deja, empieza de nuevo. Dice que está dibujando un niño. No puedo averiguar que representa cada parte puesto que no contesta, a pesar de preguntárselo.

Poco a poco, los rasgos se van modificando. Persiste la hiperactividad y sus dificultades para escuchar, pero escucha y se enfada frente a lo que no le gusta.

Las cosas continúan cayendo, pero acompañadas de una risita, con provocación.

Los golpes dirigidos hacia mi se vuelven selectivos. Justo a las partes del cuerpo más llamativas para él. Hay intencionalidad y erotización. Es necesario ponerle límites.

En el dibujo 2, observamos una mejor estructuración. Le pone ojos, nariz y boca. Destaca un gran ombligo.

Se reducen las idas al lavabo, los juegos se alargan y muy poco a poco puedo ir entrando en ellos. Empieza a utilizar la plastilina. Juega a escenificar aspectos de la vida cotidiana: ir al colegio, hacer comida, etc.

En el dibujo 3, se trata de un niño que está oliendo la comida que hace su papá.

Poco a poco, va introduciendo temas de fuera. Me explica que el fin de semana ha ido a esquiar, con los papás y el hermano y hace el siguiente dibujo.

Dibujo 4, aproximadamente un mes después habla de lo que le gusta y lo quiere que le regalen: un monopatín.

Dibujo 5, es un niño que va en monopatín y baja una gran pendiente.

Observamos una buena evolución en el tratamiento. Es un niño con posibilidades y se aprecia un claro progreso.

A pesar de mi insistencia, las entrevistas con los padres. son casi inexistentes. Nunca conseguimos encontrar una hora y cuando lo hacemos, generalmente terminan anulándola el día anterior o pocas horas antes.

Se hace alguna con la madre a solas. El padre está de viaje. Poco a poco puedo ir recogiendo datos, que Alberto sufre una dispraxia –alteración del funcionamiento de un órgano–, que su control de esfínteres no está alterado y sus capacidades sexuales futuras no se encuentran comprometidas, en cambio la marcha puede ir empeorando progresivamente. Debe calzar botas ortopédicas y por la noche aparato corrector,

ambos aspectos no pueden llevarse a cabo porque, según la madre, el niño no lo soporta.

Después de 4 meses de tratamiento la madre me comenta que la neuróloga le ha recetado unas pastillas de las que no consigue recordar el nombre. Son para que duerma porque a las seis de la mañana ya está despierto.

“Nosotros no hemos notado ninguna mejoría, pero he dicho a su tutor que empezaba a tomar las pastillas, por si notaban algo que me lo dijeran, y me ha dicho que le parecía que ya estaba tomando algo, porque le veía mucho más tranquilo.

Quizás se entretiene un poco más solo. Es más paciente con los niños pequeños.”

A los nueve meses de tratamiento llegan las vacaciones de verano. Nos despedimos en junio porque se van fuera hasta mediados de septiembre. A finales de agosto recibo un mensaje en el contestador:

“No guarde la hora de Alberto, han surgido problemas y no podrá empezar en septiembre, ya le llamaremos cuando nos vaya bien”.

Estos padres no pueden tolerar los progresos del niño, necesitan que todo siga igual, que no cambie, sobre todo que no pare, que no se deprima. La madre, horrorizada por la situación, no puede hacerse cargo de las dificultades de su hijo. La necesidad que tienen de negar pone trabas a su mejoría.

Los padres de Alberto insisten en que haga de todo. No importa que físicamente tenga unas limitaciones. Se le fuerza, le agreden con su exigencia, aunque esté cargada de buenos propósitos.

Esta actitud puede despertar en el terapeuta el deseo de hacerles entender, quizás a la fuerza y de forma prematura, el daño que le están haciendo. Es imprescindible poder comprender la contratransferencia para no actuarla. No se trata de culpabilizarles. Seguramente lo han hecho lo mejor que han podido y sabido.

El niño solo tiene un objetivo: obtener el amor de sus padres. Si lo que éstos quieren es su movimiento, luchará por conseguirlo, y lo consigue, corre, salta, como la madre dice incluso gana, aunque pague un precio muy alto por ello.

Vemos como estos padres no han podido tolerar la frustración que representa tener un hijo con problemas. Inconscientemente toman como salida la negación, sustentada en un narcisismo exacerbado, que no admite fallos en la prolongación de ellos mismos que es este hijo.

A toda costa quieren hacer coincidir su fantasía con la realidad. Alberto no puede ser él, con sus dificultades sino que debe responder a la imagen idealizada que de él hicieron.

¿TRAUMA Y/O TEORIA TRAUMATICA DE LAS NEUROSIS? CASO BARBARA*

Emilce Dio Bleichmar**

INTRODUCCION

El paradigma de la intersubjetividad en psicoanálisis puede ser rastreado en sus orígenes aún en la obra de Freud (1918) y en la literatura posterior (Winnicott, 1960) (Lacan, 1966) (Bion, 1967), pero es recién en las últimas décadas cuando comienzan a multiplicarse las propuestas que van delineando con mayor rigor el papel del adulto en la *constitución* de la subjetividad del infante (Kohut, 1971) (Aulagnier, 1977) (Lebovici, 1983) (Galenson, 1986) (Laplanche, 1987) (Bollas, 1991) (Stern, 1991). A su vez, los adelantos de la tecnología hacen posible la observación pormenorizada de la diada madre-hijo/a, y esto ha supuesto un agregado indispensable al método retrospectivo a partir del cual el psicoanálisis ha elaborado las propuestas de constitución del psiquismo (Stern, 1971) (Cramer, 1982) (Stern, 1985) (Massie & Rosenthal, 1986) (Stern Bruschweiler & Stern, 1989) (Brazelton & Cramer, 1990) (Macías Rocha & M., 1990) (Fonagy, Steele, Moran, & Higgitt, 1991) No obstante, aún no contamos con un cuerpo de teoría coherente que permita la estabilización de dicho paradigma.

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psiquiatra Psicoanalista. Prof. Universidad P. Comillas (Madrid)..

Basada en estos fundamentos, y sobretodo en la última década, se desarrolla la psicoterapia madre-infante con resultados espectaculares, que demuestran cómo un cambio en la representación mental de la madre genera un efecto inmediato y poderoso sobre el comportamiento sintomático del infante (Burlingahm, Goldberger, & Lussier, 1955) (Palacio & Manzano, 1982) (Cramer, 1985) (Cramer & Stern, 1988) (Cabaleiro, 1988) (Hopkins, 1992). No obstante como señalan Cramer y Stern (1988), todavía no tenemos todas las claves para explicar los mecanismos de tal efecto. Numerosos clínicos/as de distintas corrientes han podido corroborar como la conflictiva parental contribuye a la psicopatología infantil, pero poco se ha avanzado en la microclínica que de cuenta de las vías concretas de pasaje del adulto al niño. Cramer y Stern proponen la hipótesis que las representaciones mentales que los padres tienen de sus hijos se objetivan en parámetros interaccionales tales como la mirada, la entonación de la voz, gestos, formas de aproximación-rechazo. *El encuadre diádico de las observaciones permitiría establecer correlaciones entre lo invisible –la intersubjetividad– y las interacciones en el comportamiento.*

Una consulta que me solicitaron por un trastorno del sueño en una niña de 3 años que se resolvió en cinco entrevistas diagnósticas, y el estudio y tratamiento posterior de su hermana de 5 años me permitieron reflexionar sobre estos problemas. Me encontré pudiendo detectar cómo el fantasma de los padres (distintos significados inconscientes que configuraban distintas representaciones) estaba afectando el comportamiento de las hijas; y a su vez, cómo la *dinámica interactiva* estaba determinada por tales fantasmas. También, y quizá esto es lo peculiar de este caso, cómo un patrón similar de interacción –la conducta ansiosa-sosegada de los padres– generó diferentes *dinámicas intersubjetivas* en las hijas, Bárbara presentó un retraso (que se desmintió posteriormente como tal), y Daniela una hiperconexión y precocidad en su desarrollo. Estas diferentes respuestas de las niñas se objetivaron antes de la adquisición del lenguaje, tempranamente, en épocas durante las

cuales no parece ser la palabra el soporte material que vehiculiza el fantasma. No obstante esta reserva, no pensamos en un efecto simplemente interaccional remitiéndonos a un marco de comprensión de los fenómenos humanos que ignoran la psicodinámica, sino todo lo contrario, en un complejo entramado intersubjetivo.

Creemos que un modelo que contemple la complejidad y que permita comprender las vías de transmisión y las formas de ensamblaje entre el fantasma de los adultos y la subjetividad del niño/a debería basarse en algunos principios previos. En *la asimetría de la relación adulto/niño* tal como la concibe Laplanche (1992) permitiendo establecer dos dominios en psicopatología infantil, los trastornos por déficit y las patologías por conflicto; y en *el estudio microclínico de la interacción* como soporte material del fantasma, como lo proponen Cramer y Stern (1988), *extendido* a la infancia y adolescencia en todas sus etapas

Es mi propósito en la siguiente comunicación hacer una breve reseña del complejo universo de hechos, relaciones, comportamientos, fantasmas y efectos sintomáticos de este peculiar caso y utilizándolo a manera de ilustración proponer:

- a) Una metodología del proceso diagnóstico acorde con el paradigma de la intersubjetividad;
- b) Una descripción de algunas de las vías de pasaje del fantasma materno a la conducta sintomática de las niñas;
- c) Una propuesta de continuidad entre el trauma y la teoría traumática de las neurosis.

DANIELA Y BARBARA

Conocí a Bárbara en forma indirecta. En noviembre de 1994, fui consultada por una joven pareja de profesionales por un trastorno del sueño de la hija menor de tres años de edad, que amenazaba con desquiciarlos. “Desde que nació Daniela

no hacemos vida social, no dormimos nunca más de cuatro horas seguidas”. La describen como una criatura “nerviosa” desde que nació y siempre con problemas de sueño, “tal mes dormía cuatro horas en el día. Hasta el día de hoy sigue siendo muy activa, con frecuentes rabiets y ataques de llanto por cualquier cosa”. Han consultado repetidamente a distintos profesionales que les han indicado entre otros procedimientos, medicación, pero no se la han querido administrar en forma continuada. Es casi imposible mandarla a dormir, se acuesta tardísimo, se levanta y va a la cama de los padres, la madre o el padre la acompañan, le leen cuentos hasta que cae dormida para despertarse gritando sin consuelo al poco rato, lo que conduce a que padre y madre se turnen durante la noche para consolarla. La madre confiesa que ella no puede con la niña, ya que es su “debilidad”, mientras la mayor –Bárbara– lo es de su padre. “La mayor siempre prefirió a su padre, quien era el único que la calmaba, con Daniela también él logra calmarla mejor, pero con ella yo tengo la hija que siempre quise, me reconoce como si fuera su doble, conoce mi carácter al dedillo, es mi debilidad”. Además cuentan con una asistente dominicana, mujer casada con cinco hijos varones, a quienes echa mucho de menos ya que permanecen en su país de origen, y siempre quiso tener una niña, de manera que ha adoptado a Daniela como “la hija que no tuvo”, la consiente en todo y muchas mañanas aparece la niña durmiendo con ella.

Desarrollo precoz, a los 7 meses se mantenía de pie sin ayuda, a los 10 meses caminó y a los 18 hablaba con frases completas. “Es agudísima”, dice la madre. El padre agrega que probablemente Daniel a es una niña normal en sus parámetros pero que comparada con Bárbara se destaca mucho. Nació con una malformación renal y tiene un retraso de lenguaje, es muy lenta y perseverativa, con ella nunca tuvieron problemas a la hora de irse a dormir, que actualmente aún duerme doce horas; a las ocho de la tarde se va sola a la cama sin tener que recurrir a coacción alguna.

Este comentario del papá me hace pensar que después de una primera hija con quien tuvieron problemas graves de toda clase, físicos y mentales, el nacimiento de una niña normal, muy despierta, que precozmente adquiere el lenguaje, activa y conversadora ha debido constituir –principalmente para la madre- una gran felicidad. Comienzo a pensar que “la debilidad” a la que la madre alude en relación a la persona y mente de Daniela puede estar jugando un papel en el trastorno del sueño.

PADRES DE BARBARA

Pareja de mediana edad, inquietos e inteligentes con una relación dialogante y con deseos de entenderse y respetarse en sus diferencias y limitaciones.

“El es mucho más sereno y estable emocionalmente que yo”, dice ella, mientras él afirma que ella piensa en todo y siempre está hablando con la niña, “quizá ese sea su defecto que no sabe decirles no y termina gritando...Además pelean de igual a igual, todos los días llego a casa y la escucho a Mari Carmen gritar ¡¡mis pinturas!! Daniela y Bárbara se han pintado y están todas las pinturas por el suelo...”. La madre asiente “yo no puedo con ella” (refiriéndose a Daniela) “me conoce al dedillo”. El padre se ríe y comenta conmigo “yo estoy cansado de decirle que no las deje entrar al cuarto, pero estoy cansado de lidiar con ella (con su esposa) y he decidido no meterme mas”.

La mamá agrega que no sabe que hacer porque siguiendo consejos de otros profesionales la dejó castigada en su cuarto, durante casi una semana la niña no durmió, una noche la encontró con la luz encendida mirando los cuadros del salón. En ese momento el padre recuerda que efectivamente en un periodo él la reñía y llegó a pegarle unos azotes y la situación empeoró. Tomó en varias oportunidades por indicación del pediatra, diazepam, psicostoma y valeriana, sin demasiados cambios. También se creyó que no sabía respirar por la nariz, que

se le tapaba por catarros nasales frecuentes y la trataban con gotas nasales. La niña reaccionaba con gritos, pegando patadas y retorciéndose. Cuando tiene una rabieta por la noche la madre la coge en brazos, la lleva al salón le muestra la luna por el ventanal y lentamente la niña concilia el sueño.

La impresión que tengo es que la mamá se queja, que efectivamente se halla físicamente agotada pero que muestra orgullo y cierta complicidad con la actitud traviesa de una niña que le usa el maquillaje, o encontrándola a las tres de la madrugada mirando los cuadros del salón y llevándola a conciliar el sueño en un escenario de romanticismo adulto.

Les comento que a pesar de la complicación que provoca en sus vidas el trastorno de Daniela parece que lo llevan con sentido del humor, a lo que la mamá agrega que ella siempre soñó tener hijos y ser madre, que tenía mucha ilusión y que la crianza de Bárbara constituyó una experiencia atroz. Además de las infinitas preocupaciones y sufrimientos que tuvieron en los primeros años, luego cuando a las tres y media de la tarde llegaba a la casa de su trabajo se encontraba con una niña que le decía “tú no, vete, quiero con papá”; que era extremadamente tímida, no jugaba con nadie, “en las fiestas de cumpleaños no se soltaba de mi vestido, todas los niños jugaban entre ellos y yo me tenía que quedar con ella porque no se despegaba de mí. Cuando comenzó la escuela y la iba a buscar me recibía diciéndome “las niñas no han querido jugar conmigo”.

La madre aporta la información pertinente y precisa, me hace saber que ella siempre es requerida para resolver todo tipo de problemas, tanto en su familia, como en la de su marido y en el trabajo. Que no tiene inconveniente en hacerlo, que para ella es un placer y lo resuelve con eficacia, pero que se da cuenta que últimamente está desbordada y grita más de la cuenta. Me impresiona la capacidad de esta madre para la autocrítica y para el reconocimiento de las razones que la llevan a ser cómo es y a comportarse cómo lo hace. Sabe sus lími-

tes y sus emociones, aunque la dominen, el marido se muestra de acuerdo con su mujer y comparte los motivos que justifican la ansiedad y las preocupaciones, teniendo la capacidad de reaccionar más serenamente, parece conformarse y estar menos afectado narcisísticamente por tener una hija un tanto anormal. Me resulta un caso atípico: consulta por un trastorno temprano del sueño no referida por un pediatra.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA

Hace casi veinte años comenzamos en Argentina con un grupo de psicoanalistas a pensar sobre la necesidad de incluir en el proceso diagnóstico una entrevista familiar. El modelo kleiniano de fuerte endogenismo causal venía siendo revisado y las propuestas de Mannonni y Doltó a la luz de las teorías de Lacan ya influían en nuestro pensamiento, aunque aún no conocíamos las investigaciones en la interacción temprana. Considerábamos la conveniencia de tener un contacto directo que nos permitiera observar los referentes a partir de los cuales el niño/a había establecido su mapa identilicadorio (Dio Bleichmar, 1973; 1978; 1984). En la actualidad, no sólo pensamos que la observación directa de la dinámica interactiva es una herramienta técnica adicional que se puede agregar al mapa del mundo interno que nos proporciona el análisis del material lúdico individual, sino que creemos que resulta un procedimiento imprescindible en el marco de una teoría intersubjetiva de la constitución y estructuración de la subjetividad infantil.

En este caso el diseño de la secuenciación de las entrevistas fue el siguiente: entrevista individual con Daniela, Daniela y su hermana, la familia completa, y también con Daniela y la asistente a cargo de las niñas, quien muchas noches la dormía. Los datos obtenidos me describían una niña de tres años en los comienzos de la triangulación de sus vínculos, muy interesada en su padre y en determinar su papel sexual en la pareja, que no parecía ni temer ni mostrar ambivalencia hacia su

madre. ¿Eran los trastornos del sueño expresión de la ansiedad por el coito parental? Desarrollaba un juego simbólico propio de su edad, con intensa e íntima conexión emocional con los miembros de su hogar, más distante conmigo, mostrando una clara discriminación de los vínculos, y tanto en su comportamiento como en el contenido del juego, no aparecían signos de ansiedad ante la representación de la pareja unida.

En las entrevistas diádicas Daniela desplegaba una actividad siempre orientada a una meta, segura de lo que quería, dirigiéndose a los demás de una forma un tanto cortante e hipersegura en su lenguaje. Este rasgo se amplificaba con su hermana, a quien claramente dirigía en sus juegos, o mejor dicho, era tomada como modelo y guía indiscutido por Bárbara en forma natural, y en la relación con su madre “se potenciaban una a la otra” en un intercambio constante, vivo, que se cortaba casi en forma abrupta cuando alguna de las dos lo decidía. Resultó evidente el deleite de la mamá en la conversación que mantenía con la niña alrededor del más mínimo detalle del juego o de la interacción.

Llegué a la conclusión que la niña tramitaba sus conflictos de la edad adecuadamente, expresaba sus preocupaciones por el descubrimiento de la sexualidad parental en forma simbólica y abierta. Lo único que resaltaba era cuán estimulada y sobreactivada estaba por la constante atención prestada por su madre, quien necesitaba –inconscientemente- *comprobar permanentemente que esta niña era normal, inteligente y que podía comunicarse con ella..* Mujer activa, de gran poder de gestión, afectiva y orgullosa de sí misma, se volcó a resolver el déficit congénito de Bárbara y una vez superados los dramáticos acontecimientos iniciales, se encontró que la niña no hablaba y manifestaba un retraso cognitivo de mediana gravedad. El nacimiento de la segunda hija le permitió reparar el “doble” daño, ya que nació físicamente sana y era muy conectada y conversadora.

Cuando conversando con los padres sobre el infierno de las noches me comentan que Bárbara siempre durmió muy bien, se

iba a dormir temprano sin coacción ninguna, “esa fue la única cosa buena de la crianza de Bárbara, muchos días llegábamos agotados del trabajo y ella ya se iba a dormir”. Pensé que para esta madre “terremoto”, llegar a casa y que su hija se fuera a dormir debía haberlo sentido como un nuevo y terrible rechazo. Después de una larga entrevista con los padres en que pudimos centrarnos en la ansiedad de ambos (aunque el padre tenía mayores recursos frente al componente afectivo de las preocupaciones, no obstante, también contribuía en disfrutar de Daniela cuando Bárbara, ya agotada de la jornada, se iba a dormir). Pudimos conversar largamente sobre la frustración, desilusión y esfuerzos que la primera niña había demandado de ellos sin retribución gratificante alguna, y el deleite que tenían ambos en “la noche interminable” que pasaban junto a Daniela. Comprendieron el papel que jugaban ellos en mantener despierta a Daniela y la importancia de introducir rutinas y hábitos para regular la ansiedad de separación de la niña.

Eran las vacaciones de Navidad y nos despedimos para volvernos a ver en Enero y evaluar la oportunidad de una intervención adicional. Tuve la clara impresión de un encuentro terapéutico logrado, que me había podido explicar, y había sido entendida por esta joven pareja de una forma especial. Al volverlos a ver no tuve necesidad de que me comentaran la evolución, la sonrisa de ambos y especialmente sus semblantes descansados me lo decían todo, se había operado el milagro, al unísono madre y padre me dicen “Daniela duerme toda la noche sin despertarse”.

Compartí con gran satisfacción la alegría de la pareja pero con un resto de inquietud porque una vez más me enfrentaba al interrogante del *cómo*. ¿Cómo sin haber dado indicación alguna, salvo un comentario sobre “la debilidad materna” para mandarla a dormir, se había operado el cambio? Lo que es equivalente a interrogarse sobre el *cómo* de la causación. ¿El fantasma materno había operado por especificidad fantasmática o por la generación de una interacción excitante, sobresti-

mulante? ¿Esta excitación consistía en comportamientos muy peculiares o se trataba de las manipulaciones frecuentes, comunes de una persona ansiosa e irritada? ¿El agente de influencia traumático había consistido en un exceso de “amor”, es decir, lo que llamamos infiltración e implantación de “significantes enigmáticos sexuales”? (Laplanche, 1987)

Para organizar los elementos dispersos –tanto de los relatos, de mis observaciones directas en las distintas entrevistas diádicas y grupales, y los hechos que mi intervención habían provocado- me guíé por el ordenamiento que proponen Cramer y Stern (1988). La hipótesis asumida fue que el temor materno de tener una segunda hija dormilona y subnormal con quien no pudiera comunicarse constituía *el tema de la representación o fantasma materno* que adquiriría dramatismo vinculado con aspectos de su propia historia infantil. A su vez, en la relación concreta con Daniela este tema pasaba a formar parte integrante de la interacción madre-infante, y que como subrayan Cramer y Stern, no se puede justificar sólo en términos de proyección o identificación de la madre porque la propia niña contribuía enormemente a su configuración.

La *dinámica intersubjetiva* que contiene *el fantasma parental* pudo ser trazada siguiendo el itinerario de los comentarios parentales. Cuando los padres vuelven al hogar listos y dispuestos a jugar y estar con sus hijas es la hora en que Bárbara ya cae rendida y se duerme, mientras Daniela se apresta a una velada entretenida, interminable. La madre –especialmente- lee esta diferencia de conducta en términos de amor y rechazo, tiene una hija que está esperándola y todo tiempo le parece corto, mientras a la otra, *ella*, le es indiferente. Se trata de un subtexto de interés-desinterés, amor-rechazo, que se materializa en los comportamientos vespertinos.

Mis conclusiones del estudio habían podido cercar el fantasma parental, pues si bien era la madre quien parecía mantener despierta a la niña, el papá también participaba de *la preocupación sobre la inteligencia de Daniela*. ¿Daniela captaba

que ella debía “estar siempre despierta para no ser tonta como su hermana”? En la entrevista de las dos hermanas el calificativo de “tonta” circulaba todo el tiempo, no me parecía muy especulativa tal presunción y su interpretación a la niña posible y de fácil instrumentación. Pero esta eficacia interpretativa no aportaría mayor conocimiento sobre las vías de pasaje del fantasma de los adultos al niño (y además no había tenido necesidad de introducirla ya que el trastorno se había resuelto. Necesitamos una mayor pormenorización, un mayor detalle, un nivel de descripción más analítico para comprender cómo un fantasma de orden representacional se trasmite a una mente de menor nivel de complejidad, para poder otorgar contenido sustantivo a la explicación de “la comunicación de inconsciente a inconsciente”.

OBJETIVACION DE LAS CONSTANTES INTERACTIVAS

El formato de las entrevistas diádicas y familiares me permitieron explorar en forma directa los aspectos concretos del comportamiento de la madre y el padre con la niña que podían ser los soportes materiales del fantasma. Entre madre e hija se podía registrar una casi perfecta “sintonía” de las cualidades globales de la experiencia interactiva, tanto *la forma* de dirigirse una a la otra (mirándose cada vez que hablaban), la *intensidad* del contacto (permanente contacto ojo a ojo y del requerimiento de atención), los *movimientos* involucrados en el contacto (“la danza gestual”), el *número* de gestos, miradas, información intercambiada, y el *ritmo* (acelerado), eran muy parejos. Me di cuenta que era fácil darle forma concreta al comentario materno “Daniela me conoce al dedillo”, compartían esa dimensión de la experiencia que Stern ha denominado *entonamiento afectivo*, un marco compartido de significados y medios de comunicación tales como el gesto, la postura o la expresión facial, que configuraban una suerte especial de intimidad psíquica (Stern, 1985). Mamá y Daniela se entendían tanto que no podían descansar y resaltaba el contraste con

Bárbara, quien se entendía mucho mejor con su padre. Con él, Bárbara jugaba en *otro tempo* completamente distinto, en forma pausada, con pocas palabras pero con cercanía física, con ausencia completa de instrucciones sobre la tarea, casi diríamos que compartiendo un placer de estar juntos sin palabras.

En la entrevista diádica entre las hermanas y también en la entrevista familiar había podido observar la reacción de Bárbara ante la voz fuerte, las instrucciones constantes y los comentarios críticos tanto de Daniela como de la madre. La niña parecía literalmente “encogerse, retraerse” corporalmente y desconectarse en forma intermitente. ¿Y si algo de ese conjunto de cualidades globales de la experiencia perceptiva, en los momentos primeros del vínculo con la madre, hubieran generado un exceso estimulante para una criatura que a su vez debía lidiar con un reflujo esofágico? Pensé en que si la maternidad había activado fantasmas de rechazo en la madre (vinculados a su propia historia personal) y se había encontrado con una bebé que presentaba ciertas dificultades para ser amamantada, si le sumábamos el componente ansioso de su contacto corporal en una niña con un componente genético distinto al de Daniela, este conjunto de factores podían haber generado una *dinámica interactiva* mutuamente rechazante. Por el contrario, si la respuesta que encontraba la madre en Daniela a su “contacto ansioso” era una sumación y no una sustracción, el vínculo cambiaba. *La fantasía de la madre no es exclusivamente un emergente interno sino un producto mixto.* En esa entrevista tuve un impulso, basado en estos pensamientos comparativos, que me llevó a comentarles que en base al excelente y rápido resultado obtenido con Daniela les proponía un estudio de Bárbara.

Me dicen que están agotados de médicos, psiquiatras, psicoanalistas y pedagogas que han visto a la niña, y que solamente el relato de los cinco años de vida de Bárbara nos iba a llevar varias horas de entrevistas, pero no obstante, acceden. Comencé a ver a Bárbara a fines del mes de enero de 1995, concurría a una escuela de integración, recibía apoyo psicope-

dagógico y se dudaba de su futuro. A la fecha, cursa su primer grado y un episodio al fin del verano es evidencia de la transformación de Bárbara, “todos dicen que es otra niña”, me comenta la madre a la vuelta de las vacaciones. Bárbara había pedido repetidamente a su madre que le cortara el pelo, que quería tener el pelo corto. La llevaron a la peluquería y entre el peluquero y la mamá decidieron que ambas niñas tenían la fortuna de tener una hermosa cabellera, que era un “pecado” cortarle el pelo como Bárbara quería “muy corto”, y sólo se lo recortaron ligeramente. Una tarde a solas, Bárbara cogió unas tijeras y se lo cortó como un bebé, y efectivamente, cuando yo la veo pienso que es “otra niña”, muy distinta a su hermana. La fantasía que guió a Bárbara en este episodio es también de determinación múltiple, estaba recuperando la memoria de sus años pasados, y “escribiendo” podríamos decir su historia a través de los vídeos familiares que le habían tomado de pequeña y que ella pedía ver. Un día los trajo a sesión, y vimos juntas un vídeo de cuando “era un bebé, me llamaban ‘babita’, porque era muy dulce y suave, dice mamá” fueron las palabras de Bárbara, a quien nunca había visto, tan contenta y feliz como ese día. Me decía “mira, mira, esa soy yo, esa con el pelo muy cortito soy yo”.

TRAUMA Y/O TEORIA TRAUMATICA DE LAS NEUROSIS?

La polaridad trauma/fantasma parece tener en psicoanálisis un status pendular que no admite su coexistencia en tanto causalidad psíquica, si se acepta el trauma como causa automáticamente pareciera que desconocemos el poder y valor del fantasma y de la realidad psíquica. Pronto se cumplirán 100 años del momento en que Freud analizando sus propios sueños amplió el horizonte de los fenómenos humanos, y deslumbrado por un mundo nuevo e ignoto pudo haber dejado de lado esa idea fructífera del “cuerpo extraño-interno”, a partir de la cual elaboró la primera teoría traumática de las neurosis. Melanie Klein, al crear la técnica de juego nos permitió enten-

der a través de esa mediación, el fantasma infantil en *sustatus nascendi*. y el psicoanálisis de niños vio la luz profundizando la psicogénesis a partir del mundo de fantasías del bebé. Probablemente, las posibilidades actuales de observación clínica reglada de las relaciones tempranas en su materialidad interactiva nos permitan retomar el factor adulto, externo, y en tanto tal, “seductor y traumático”, en la feliz expresión de Laplanche, sin perder de vista la forma en que el mensaje adulto se inscribe “cualificado” por la mente infantil y que deviene mundo interno del infans, como una teoría más acabada que permita superar la oposición interno-externo.

Lo que nos parece central a recalcar es que se trata de un aporte técnico –la microclínica en condiciones experimentales o la observación de las relaciones intersubjetivas a través de la interacción– que nos hace posible comenzar a describir y comprender la dinámica temprana:

fantasma-comportamiento del adulto, comportamiento del niño/a y asistir a los comienzos de la instauración del psiquismo infantil. Dinámica que se complejiza posteriormente en su trazado cuando el infans le agrega su *atribución de significado al comportamiento adulto generando el fantasma infantil, fantasma que gobernará su comportamiento y afectará al fantasma-comportamiento adulto.*

Al mes de vida de Bárbara se le descubrieron varias malformaciones congénitas del aparato urinario que obligaron a su ingreso hospitalario por espacio de poco menos de tres meses. El conjunto de procedimientos médicos de ese período y otros posteriores justificaban comprender su “retraso” como heredero del trauma en tanto “hecho traumático”. Pero los datos no me encajaban ¿había sido el trastorno urinario, problema que posteriormente no requirió tratamiento alguno sino que había sido trabajoso y engorroso su diagnóstico, la causa que había obligado al internamiento precoz de Bárbara? ¿Cuál había sido la razón de que Bárbara fuera una “mala comedora”, ya que como circulaba en tanto leyenda familiar “cuando salió

del hospital era otra niña, gordita y alegre”? ¿Podíamos pensar en un contacto inicial “fallido” que hubiera generado una hipermotilidad gastrointestinal en la niña? La observación clínica de la dinámica interactiva en las sesiones vinculares me permitió acceder a la sospecha de un conjunto de determinaciones que era necesario explorar y ordenar cuidadosamente y que apuntaban a una “cotidianidad trummatizante” para la niña. Lo que Bárbara me mostraba era su terror a las “sacudidas” que le generaba la relación con su hermana y su madre, que aportaban aún en la actualidad, los elementos significantes de una intromisión excesiva a su psiquismo.

Me encontraba ante la duda de cómo valorar el material clínico, si estos aspectos de la relación entre las mujeres (con todos los componentes de la conflictiva edípica agregados posteriormente), debía entenderlos como el factor desencadenante de la serie causal complementaria, siendo lo central el trauma temprano, o me encontraba ante la trama significativa constante de mensajes interactivos a través de los cuales Bárbara inscribía en su psiquismo, a *posteriori*, significados con los que construía por múltiples encadenamientos una fijación al traumatismo temprano. ¿Si podía identificar conflictos intersistémicos en el presente de Bárbara, estos correspondían a un conflicto de correlato también intersistémico aunque de carácter oral, o se trataba de un déficit de estructuración del psiquismo temprano que en el presente estaba en vías de representación y simbolización? ¿La temporalidad en juego se trazaba en términos de un pasado que estructuraba el presente, o un presente que otorgaba significación a un pasado, el cual a su vez, había sido afectado por los mismo factores que organizaban el presente de Bárbara?

Si los instrumentos de exploración de la consulta por el trastorno del sueño de Daniela se hubieran limitado al relato de los padres y al juego de la niña, Bárbara no hubiera podido ser comprendida y rescatada de su “retraso”, por lo que pensamos que debemos ampliar nuestra metodología exploratoria si

adherimos a un modelo de constitución intersubjetivo del psiquismo y a una teoría del inconsciente como un encadenamiento de representaciones a partir del *après-coup* como causalidad específicamente humana.

BIBLIOGRAFIA

- AULAGNIER, P. (1977). *La Violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BION, W. (1967). *Second Thoughts*. Nueva York: Aronson.
- BOLLAS, C. (1991). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BRAZELTON, B., Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship. Parent, Infants and the Dream of Early Attachment*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- BURLINGAHM, D., Goldberger, A., Lussier, A. (1955). *Simultaneous Analysis of Mother and Child*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 165-186.
- CABALEIRO, L. (1988). *Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil*. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 6, 87-113.
- CRAMER, B. (1982). *Interaction réelle. Interaction fantasmatique. Réflexions au sujet des thérapies et des observations de nourrissons*. *Psychothérapies*, 1, 39-47.
- CRAMER, B. (1985). *Thérapie du nourrisson*. En: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent II*. S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulié (comp.). Paris: P.U.F.
- CRAMER, B., STERN, D. (1988). *Evaluation of Changes in Mother-Infant Brief Psychotherapy: A single case study*. *Infant Mental Health Journal*, 9, 20-45.
- DIO BLEICHMAR, E. (1984). *Muerte y resurrección del psicoanálisis de niños. Oportunidad para una reflexión sobre la intersubjetividad*. *Imago*, (11), 153-181.
- DIO BLEICHMAR, E. (1973). *Hacia un Replanteo del Psicoanálisis de Niños*. En: *Cuestionamos II*. M. Langer (comp.). Buenos Aires: Granica.
- DIO BLEICHMAR, E. (1978). *El papel de la familia en la psicogénesis de los trastornos de aprendizaje de carácter emocional*. *Niños*. *Rev. del Instituto Nacional de Psiquiatría Infantil*. Venezuela, 33-50.
- FONAGY, P., STEELE, M., MORAN, G., HIGGITT, A. (1991). *The capacity for understanding mental states: The reflective Self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- FREUD, S. (1918). *El tabú de la virginidad*. Sigmund Freud. *Obras Completas*, vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu

- GALENSON, E. (1986). *Algunas reflexiones en torno a la psicopatología y al desarrollo agresivo del niño*. Libro Anual de Psicoanálisis, 133-138.
- HOPKINS, J. (1992). *Infant-Parent Psychotherapy*. Journal of Child Psychotherapy, 18, 5-16.
- KOHUT, H. (1971). *El análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (1966). *Ecrits*. Paris: Seuil.
- LAPLANCHE, J. (1987). *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LAPLANCHE, J. (1992). *La révolution copernicienne inachevée*. Paris: Aubier.
- LEBOVICI, S. (1983). *Le Nourrisson, La Mere et Le Psychanalyste. Les Interactions Précoces*. Paris: Paidós/Le Centurion.
- MACIAS ROCHA, M. (1990). *Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé*. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 10, 45-62.
- MASSIE, H., Rosenthal, J. (1986). *Las Psicosis Infantiles en los Primeros Cuatro Años de Vida*. Buenos Aires: Paidós.
- PALACIO, E., MANZANO, J. (1982). *La consultation thérapeutique de chez les très jeunes enfants et leur mere*. Psychiatrie de l'Enfant, 25.
- STERN, D. (1971). *A micro-analysis of the mother-infant interactions: behavior regulating social contact between a mother and her 3 1/2 month old twins*. J. Amer. Acad. Child Psychiat., 10, 501-517.
- STERN, D. (1985). *El Mundo Interpersonal del Infante*. Buenos Aires: Paidós
- STERN, D. (1991). *Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view*. Infant Mental Health Journal, 12, 174-186.
- STERN-BRUSCHWEILER, N., STERN, D. (1989). *A Model for Conceptualizing the Role of the Mother's Representational World in Various Mother-Infant Therapies*. Infant Mental Health Journal, 10 (3), 142-156.
- Winnicott, D. (1960). *The theory of the parent-infant relationship*. En: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: The Hogarth Press.

LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS EN LA ADOLESCENCIA*

Philippe Jeammet**

Vimos ayer cómo la posición de la identidad es un tema complejo y todo lo que hemos dicho sobre las fases narcisistas de esta identidad y la importancia de los primeros intercambios me permitirá ser breve sobre esta cuestión.

Como comentaron ayer Alberto Lasa y Manzano, en la construcción de la identidad tiene que haber al mismo tiempo algo de sí mismo y del otro; existe una necesidad de alimentarse de sí mismo para existir como nosotros mismos. Además, es necesario plantear, hablar, de la diferencia y aquí estamos en el corazón de la paradoja de la constitución de la identidad.

Creo que la adolescencia constituye una referencia, una puesta a punto, un interrogatorio de la solidez de la bases de la identidad del niño. Este cuestionarse de la identidad lleva a la cuestión de la diferencia entre identidad e identificación y les recuerdo un artículo que fue muy importante para mí, sobre el cual me apoyo muchísimo, que es de Eveline Kestenberg, a la que debo muchísimo en mi práctica, que escribió en los años 60 un artículo que se titulaba "Identidad e identificaciones en la adolescencia". Creo que la experiencia nos muestra que no

* Transcripción de la 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.

** Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Adolescente. Hospital Internacional de la Universidad de París.

hay casi ningún adolescente que no se enfrente de un modo u otro a la duda acerca de su identidad, que se pregunte un poco cuál es su identidad, yo diría que este fenómeno es necesario. Si una identidad o identificaciones se afirman fuertemente desde el principio de la pubertad habrá pocas posibilidades evolutivas para el sujeto y creo que la importancia de este cierre de la identidad, de esta afirmación de la identidad es un contrainvestimento de la identidad. Es normal que, durante la adolescencia, en proporciones que siguen siendo moderadas, haya una cierta duda acerca de la identidad, y lo que me parece interesante es que el cuestionamiento de la identidad o sea, volviendo a la expresión de Bernardi, este sentimiento de continuidad que me parece ser una de las bases de la experiencia de identidad, se forma debido al conflicto de las identificaciones. Es interesante aquí, pero también difícil, ver que, en la adolescencia, existe constantemente una interrogación para saber, ante las dificultades de identidad, si se trata simplemente de un conflicto de identificaciones a un nivel muy secundario o casi histérico (tomando lo histérico como un modelo de la conflictualización neurótica, no como histerismo sintomático, sino el histerismo tal como lo organiza el complejo de Edipo), o sea, una duda sobre la identificación que nos remite a la cuestión de la integración de la bisexualidad, o bien si en esta duda sobre el sentimiento de continuidad existe ya algo que tiene que ver con las bases narcisistas de la identidad, más allá de las identificaciones que se plantean.

El argumento que quisiera desarrollar ahora es que lo propio de la adolescencia es, en todo momento, unir a uno mismo con otro, existiendo una conflictualización recíproca de la problemática de la identidad y la problemática de las identificaciones. Si los conflictos identificatorios no encuentran rápido una solución pueden acarrear un movimiento regresivo y despertar, actualizar los fallos narcisistas de la personalidad, mientras que si el conflicto hubiera encontrado una solución tal vez esos fallos no habrían aparecido o, por lo menos no con esa intensidad.

Y, a la inversa, toda dificultad narcisista importante va a influir inmediatamente en los conflictos de identificación con cierta intensidad. Creo además que nos encontramos en el adolescente un Edipo demasiado claro, crudo, yo diría que sería un falso Edipo porque creo que detrás de él existe una fragilidad narcisista y una duda sobre la identidad que hace que la claridad demasiado fuerte del Edipo, tanto si se trata de una versión positiva como negativa, refleje la fragilidad de las bases narcisistas y la necesidad para el sujeto de establecer una reacción en su identidad con una relación de objeto demasiado intensa, de carácter casi pasional. Me parecería de entrada que se podría considerar que la calidad de las bases narcisistas constituye un auxiliar muy valioso en el encerrarse en sí mismo, como si las bases narcisistas sólidas hicieran del objeto un objeto menos atractivo o al menos un atractivo fácilmente negociable. Con lo cual, la relación de objeto puede tener un carácter demasiado intenso, pasional, porque detrás existe un fracaso de estos mecanismos de rechazo o de cierre en sí mismo y, más allá, un fracaso de la constitución de las bases narcisistas, es decir, creo que es difícil pensar en un fenómeno sin el otro.

Para comenzar, me gustaría recordar brevemente un modelo que me interesa y que algunos de ustedes conocen porque me parece necesario para que comprendan mi posterior argumentación. Y es que me parece que se puede decir, sin forzar demasiado las cosas, que la personalidad, desde un punto de vista freudiano, se constituye según dos ejes de desarrollo: uno sería el eje objetal o relacional que consiste en que para ser uno mismo hay que alimentarse de los demás. Esto ya se dijo ayer, cuando se habló de la importancia de las zonas erógenas, y aquí me gustaría hacer un paréntesis. Creo que todo lo que nos enseñan los estudios sobre las relaciones precoces madre-niño, como dijo ayer el profesor Bernardi, es que no podemos tener un concepto demasiado cerrado del aparato psíquico; todo lo que descubrimos actualmente nos muestra que el aparato psíquico se constituye por una interac-

ción con el entorno con preformas pero creo que éstas se desarrollaran inmediatamente y quedarán inhibidas en función de la respuesta del entorno y, personalmente, destacaría esta importancia del entorno. El niño comienza por alimentarse del otro.

El segundo eje de desarrollo sería que pronto existe una necesidad de diferenciarse del otro. Manzano habló ayer sobre esta paradoja y, en efecto, creo que al mismo tiempo que el niño se nutre del otro debe saber enfrentarse a la separación. Es ahí donde la diferencia entre el padre y la madre permite un modelo de diferenciación posible dentro de la complementariedad, lo cual es importante para no hacer surgir demasiado pronto la paradoja explicada ayer, y que considero la base de este desarrollo. Esta paradoja consiste en que la necesidad de nutrirse de los demás aparece opuesto a la necesidad de diferenciación y me parece que esta paradoja se reactiva de forma específica en la adolescencia. Aquí me pregunto si no es éste el elemento central de la adolescencia, si esta paradoja, junto al efecto de la pubertad, va a hacer que lo complementario se convierta en lo opuesto, es decir, si la necesidad que tengo de otras personas amenaza mi integridad narcisista cuando sabemos que en realidad es lo contrario. Lo que ocurre en una adolescencia con fallos narcisistas importantes es que se toma el objeto como un objeto de invasión, de amenaza, totalmente intolerable. Creo que aquí, además del contenido fantasmático, existe un problema de economía psíquica que exige medidas para apropiarse del marco. ¿Cómo intentar evitar, durante la infancia, que el niño sienta demasiado pronto o demasiado intensamente una impotencia hacia el objeto que va a representar muy rápido una herida narcisista la cual me parece que va a desarrollar reacciones, o bien de sustitución con un sobreinvertimiento del marco, o bien de oposición?. La solución es la paradoja de Winnicott: para que el niño tenga la sensación de crear el objeto, el objeto debe estar ahí, es la capacidad de adaptación del objeto (los padres, la madre particularmente) lo que va a permitir al niño creerse el creador, y, a partir de ese

momento, aparece un sentimiento de omnipotencia no psicótica, que garantiza la salud, y que debido al dilema “qué vuelve al otro, qué vuelve a mí”, no va a aparecer demasiado pronto.

Me gustaría poner tres ejemplos de las tres formas posibles de respuesta de un niño ante una mejor o peor resolución de esta paradoja. Estas respuestas están muy relacionadas con las experiencias de separación que se explicaron ayer y que van apareciendo durante la infancia, como en la adolescencia pero en menor término, consolidando las bases narcisistas. Es decir, cuando se separa a un niño de dos años de su madre para acostarlo, por ejemplo, pueden aparecer tres casos distintos que me parece fundamental tenerlos claros para entender la adolescencia.

El primer caso sería que el niño sustituya a la madre ausente por el placer de los auto-erotismos, el placer de funcionar con su propio cuerpo (chupándose el dedo gordo o el pequeño,...). En este caso la madre está presente en el placer de funcionar consigo mismo, ya no hay oposición, no hay paradoja, el objeto está presente en el placer del funcionamiento con su propio cuerpo, o con su pensamiento; es lo que Freud ha descrito como las satisfacciones alucinatorias del deseo, es decir, el objeto está presente y ya no hay oposición entre las bases narcisistas y la necesidad del objeto. El objeto está presente porque se ha interiorizado en la relación con el objeto no sólo su representación sino también el placer del intercambio que enriquece nuestro propio funcionamiento.

El segundo caso sería aquél en el que, ante la separación, el niño llora, necesita que venga su madre, que la luz permanezca encendida,... Aquí el niño necesita reencontrar su seguridad interior, una restauración narcisista, el sentimiento de la permanencia de su continuidad y lo hace gracias a un contrainvestimento del mundo perceptivo y motor, es decir, de la realidad externa. Para contrainvestir una realidad interna donde existe una angustia, una inseguridad, que hace que el niño sienta una dependencia del objeto –necesito que mamá esté

aquí-, es preciso un sobreinvertimiento del marco perceptivo y motor: presencia de la madre pero también de elementos sensoriales como la luz,... Tenemos una dependencia de la realidad externa; es una dialéctica de contrainvertimiento de la realidad interna que tiene su importancia (fantasmas angustiantes,...) pero creo que no se puede pensar en ese contenido de la realidad interna independientemente de la respuesta de la realidad externa. Esto implica un esfuerzo por el ordenamiento de la realidad externa que recobrará toda su importancia durante la adolescencia.

El tercer caso sería el del niño que, enfrentado a la soledad, ni siquiera tiene la posibilidad de recurrir a un objeto que falta –es el caso de los niños carentes - y que encuentra la autoestimulación en el balanceo rítmico del cuerpo o, yendo más lejos, en los golpes que se da a sí mismo, pegándose en la cara o estirándose de los pelos,... Lo que caracteriza a estos niños carentes creo que es la calidad de la interiorización del objeto en una relación personal, y lo que nos muestran estos niños es que cuando el objeto está ausente, para no caer en la desesperanza, hace falta una autoestimulación, que siempre es autodestructiva y que siempre trae consigo la violencia. No conozco ningún caso de niños carentes que no se autoestimulen recurriendo a tentaciones con una dimensión violenta o autodestructiva. Luego, en el fondo, diría que cuanto más ausente está el objeto, más autodestructiva será la manera de autoestimularse. Este es un modelo que va a aparecer en la adolescencia y creo que sólo puede verse en los defectos en la relación con el objeto la capacidad de destrucción y que cuanto menos placer se encuentre en el entorno más aspectos destructivos se desarrollarán.

Volviendo a la adolescencia, podemos ver que la mayoría de los trastornos durante la adolescencia pueden amenazar los sentimientos de continuidad y hacerles cuestionar su identidad. Lo que solemos observar frecuentemente es que, a medida que los fantasmas o los trastornos del comportamiento se reducen demasiado bruscamente, podemos ver aparecer mo-

mentos de despersonalizaciones de los adolescentes que muestran bien el papel de los fantasmas o trastornos para garantizar un sentimiento de permanencia. Vemos así que, en la adolescencia, vamos a asistir a la reactualización de los fallos narcisistas, de los conflictos de identificación y, por eso, estamos ante la piedra de toque, el interrogante, de lo que ha ocurrido en nuestra infancia. Y bien, ¿por qué?, porque me parece que lo que va a caracterizar a la adolescencia es que el adolescente va a cuestionar muy seriamente el distanciamiento del objeto y si esa distancia del objeto está sólidamente establecida porque tiene bases narcisistas suficientemente sólidas, —porque por otro lado el niño ha sido capaz de adquirir, por procesos de identificación y de interiorización, modelos suficientemente diferenciados que le van a permitir un cierto juego dentro de su espacio psíquico — va a poder variar su distancia del objeto por mecanismos internos. Pero aquellos que tengan problemas de identificación importantes o bases narcisistas frágiles, van a intentar contrainvestir esa realidad interna por la relación con ese objeto externo. Y, como bien sabemos, lo que va a caracterizar a la pubertad es el hecho de cuestionarse efectivamente la distancia de la persona u objeto externo, los padres.

Con este modelo, la conducta de oposición del adolescente es una manera de regular esta distancia con los padres, apoyándose en la diferenciación de ellos. Lo vemos en la dificultad en un adolescente para decir “sí”, como ocurre en un niño de dos años en la etapa de separación. Y dicen “no” porque ahí está la diferenciación. Y el porqué de esta reaparición creo que se encuentra, por una parte, en la reactivación de los investimentos pulsionales en el sentido de que el cuerpo va unido a la libido, a la agresividad, a la sexualidad; existe una sexualización del ambiente en la adolescencia que va a traer consigo ese elemento de molestia física. La sexualidad es como una especie de acercamiento, de imán, que atrae, y ahí, en esa atracción, hay algo que amenaza la autonomía narcisista de la adolescencia y su identidad. Por otra parte, el segundo

factor que hace la adolescencia difícil es el movimiento de autonomía con respecto a los padres que va a suponer una interrogación sobre las bases narcisistas: ¿Tienes lo que se necesita para separarse de los padres?. Los que lo tengan podrán hacerlo, negociar de una forma u otra, mientras que los que están vacíos por dentro (fallos narcisistas, dificultades en el sentimiento de continuidad) van a sentirse atraídos por esos adultos, los necesitan para nutrirse de ellos ya que son su apetencia objetal, y ésta es tal que amenaza con invadirles, con engullirlos. Así, vemos que éste es el dilema central de la adolescencia, que es evidente en los llamados estados límite. Pero creo que los estados límite son verdaderos problemas de la adolescencia que no llegan a resolverse. Es un problema típico de la adolescencia y va a ser necesario encontrar una nueva distancia del objeto.

Aparecen aquí las paradojas explicadas anteriormente: lo que necesito es lo que me amenaza. Entonces, existe una contradicción: para asegurar su identidad necesita el objeto, pero el objeto en ese momento, sexualizado, se ha vuelto algo amenazador. Y, al contrario que en la infancia o, al menos, en un nivel inferior del conflicto, mucho más difícil, el adolescente está obligado a gestionar su bisexualidad. Aquí, encontramos algo dicho esta mañana, y es que el problema de la bisexualidad el adolescente lo va a llevar a su límite y van a aparecer efectos de desdoblamiento de la problemática bisexual y de la problemática narcisista. Y, por ejemplo, en lo referente a la problemática femenina, lo femenino va a estar asociado a lo infantil, lo que está sin control, con fantasmas reactivados con la aparición de la regla; la mujer deja ver sus emociones más que el hombre, no puede controlar su regla,....Ante esta falta de control de la feminidad, sobre todo en los niños y en un número importante de niñas, se reduce todo el problema de identificación femenina y de la bisexualidad a una amenaza narcisista, contra la cual va a ser necesario luchar con contrainvestimientos y, en mi experiencia, he visto muchos chicos que tenían ideologías totalmente en contra de la femini-

dad, siendo lo femenino lo infantil, las emociones, el “dejar ir”, lo sucio (una contaminación regulada por la analidad; “si no lo controlo, todo lo que sale es sucio”, y, por lo tanto, “hay que excluir a todos aquellos que son sucios, blandos, débiles,...”). Aparece una implicación de la problemática narcisista-identificatoria y de la problemática objetal. Pero por el lado masculino, lo que frecuentemente vemos como una imagen dominante, viene dado por lo referente a lo fálico asociado a lo masculino; es una connotación de las armas y, como las armas militares, en lo referente a la dimensión fálica, va a acarrear una carga de agresividad que amenaza a los objetos con la destrucción y, por lo tanto, enfrentarse a esos elementos masculinos es poder tener una dimensión de destrucción del otro, que puede provocar el desarrollo de un mecanismo de defensa. Y creo que se ve que el punto de articulación entre esa problemática narcisista y esa problemática psico-objetal y esa bisexualidad se encuentra en lo que se refiere a la homosexualidad.

Creo que los grandes puntos de explosión posibles en la adolescencia son los concernientes a la homosexualidad. Creo que quizás haya que dejar un poco de lado la dimensión sexual para centrarnos en la dimensión homofílica, de atracción por el mismo, y, además, en esa atracción por el mismo existe un deseo de restauración narcisista y, a la vez, un riesgo de excitación y, digamos, de feminización que nos lleva a los fantasmas que he nombrado anteriormente. Y por lo tanto, esa manera de tratar la homosexualidad va a ser uno de los puntos de articulación de esas dos problemáticas narcisista y objetal. Ahora deberíamos ver: ¿Cómo va a intentar el sujeto restaurar una identidad que el propio proceso de la adolescencia hace cuestionar?. Pues, bastante esquemáticamente, se puede ver que existen varios niveles para tratar esta problemática de la identidad.

El primer nivel es aquél en el que gracias a una buena adaptación al entorno se deja al individuo recoger el proceso identificatorio sin demasiados problemas. Es el caso de la ma-

oría de los adolescentes que, ayudándose de esos elementos que llamaría elementos de mediación que se van a interponer entre el adolescente y la figura de los padres (profesor, abuelo,...), se encuentran con el riesgo de contaminación de cada figura de investimento por la indiferencia. Recurrimos a D. Green, quien ha propuesto el arcaísmo, que no es tanto un retorno a los fantasmas más primitivos como el anclaje de un proceso de des-diferenciación del espacio psíquico interno, des-diferenciación por la cual el “yo”, el deseo y su objeto se confunden. Creo que esto es también muy típico de la adolescencia, en la cual desear un objeto significa introducir el objeto en el interior de uno mismo. Y esto se ve muy bien en los adolescentes cuando nos dicen “(esta persona) me trae de cabeza, me cabrea...” donde se ve que en cuanto tienen interés por alguien lo introducen en su interior, y este objeto se convierte en un objeto de amenaza. Creo que es un proceso de incorporación donde el deseo del objeto es el “caballo de Troya” del objeto en el interior. Si lo deseo, me penetra, y vemos como la problemática objetual hace cuestionar la problemática narcisista. Existe un riesgo de contaminación y, por ejemplo, el Edipo, la diferenciación de los padres pueden no ser suficiente.

Primera posibilidad: entro en conflicto de investimento con mi madre pero el padre interviene, y rápidamente se forma el bloque papá-mamá, es decir, hace falta una nueva figura de mediación de la cual hablaba anteriormente (un profesor, otro paciente,...) porque, como sabéis muy bien, un adolescente en oposición en su caso tendrá un comportamiento totalmente distinto cuando esté con los padres de un compañero, con los abuelos,... Sus imagos, su mundo interno permanece igual pero cambia el equilibrio económico; es la posibilidad de contrainvestimento de las figuras externas que vienen a compensar la invasión por los objetos internos que se han vuelto sobersistentes por ese investimento, amenazando así el narcisismo del adolescente. Luego vemos cómo hay un nivel externo, una dialéctica entre ese mundo interno y ese mundo externo y cómo la realidad externa puede ayudar a contrainvestir.

Esto es parecido a lo que sucede en los conflictos sociales, donde la identidad está tan asumida que dos grupos cara a cara podrían llevar a la autodestrucción. Así, vemos que esa función mediadora de figuras externas es muy importante en la adolescencia y encontramos mediaciones que permiten al adolescente negociar sus problemas de identidad. Si no se encuentran mediaciones vemos que en el adolescente aparece una anarquía de respuestas que se pueden entender con respecto a esta problemática.

La primera figura es la figura del doble: un adolescente va a apoyar sus bases narcisistas insuficientes en un doble, un compañero, una amiga..., en la figura del mismo, y comienza un rol de apoyo muy importante. Vemos también cómo la ruptura muy corriente con ese doble, que también puede ser un hermano/a y con el cual puede existir también una relación de ambivalencia pero que puede ser parte de ese doblamiento narcisista, va a traer una descompensación psicopatológica, por ejemplo, porque su compañero comenzara una relación amorosa por su parte,...

Otra figura es la idealización del objeto, es decir, que en ese momento, se vuelve narcisísticamente soportable porque está idealizado. Aquí, sabemos que las figuras de idealización son un soporte de mediación que tiene no tanto una función de un tercero como un papel de lleno narcisista en ese instante. Sabemos lo importante que es respetar esa idealización de los adolescentes y cómo una idealización demasiado brutal puede acarrear desorganizaciones con trastornos de identidad mayores. Y, con respecto a esa idealización, se puede pasar de esa idealización a todo lo que Kestenberg ha descrito perfectamente en el tema de apresar el objeto, de su fetichización; se pasa de un objeto idealizado, todavía viviente, a un objeto que debe ser garantía de narcisismo y de la continuidad de identidad del adolescente. Y se pasa fácilmente de un objeto fetiche a una ideología y vemos cómo una ideología en ese momento, por su propia rigidez puede acarrear una actitud narcisista que será flotante. También encontramos lo que he denominando

como las organizaciones perversas de la relación, es decir, cómo se va a sustituir una relación humana por una relación en la que se va a tomar el objeto apresado. Éstos son todas las conductas adictivas, conductas de dependencia y creo que la toxicomanía, los trastornos de conducta alimenticia, muestran cómo una parte de la identidad del sujeto está asegurada por el hecho de apresar un comportamiento, un objeto de sustitución (la droga, el alimento). Esto permite una relativa relajación de los intercambios sobre otros dominios pero a condición de que la identidad del sujeto esté asegurada por esa relación de apresamiento y de dependencia. De ahí que sea tan difícil el abandono de esa adicción por el sujeto y que en el momento del abandono es posible que tenga momentos de despersonalización particularmente preocupantes. Diría también que los trastornos de los transexuales representan la esencia de la dismorfofobia y creo que el conjunto de esas dismorfofobias puede ser una manera de llenar la brecha narcisista, en general articulada estrechamente con esa bisexualidad. En mi experiencia todos los dismorfofóbicos tienen dificultad particularmente intensa para gestionar la bisexualidad. En el fondo, se viven como algo monstruoso, como si tuvieran una identidad de quimera, de monstruo, que consiguen focalizar en un proceso –que no deja de tener cierta similitud con los procesos fóbicos– utilizando un desplazamiento y una proyección sobre un elemento focalizado del cuerpo. Si tocamos estos elementos focalizados, como cuando confrontamos al fóbico con los elementos fobógenos, pueden desorganizarse e incluso tener momentos de carácter psicótico y es importante ver cómo la refocalización sobre la dismorfofobia permite mantener las cosas.

Entonces, para terminar, pienso que existe también un proceso que ayuda a mantener las dificultades de la identidad que es el de la creencia. Creo que es un problema que no se ha tenido mucho en cuenta en el psicoanálisis, que la fe, la creencia, en lo que sea, es justamente algo que viene a reactivar el problema de la paradoja de Winnicott, del área de ilusión. En

la creencia compartida el problema de la diferencia entre uno mismo y el objeto ya no se plantea, ya que –y Freud lo dice también con respecto al ideal del yo y a la función del líder como representante de lo ideal– existe algo que comporta una posibilidad de negar las diferencias entre los objetos, notablemente las diferencias sexuales. Y ese problema de la creencia me parece que es algo que cuestiona enormemente nuestra práctica psicoanalítica actual. Con respecto a la imagen que tenemos del psicoanálisis, atribuíamos con razón gran importancia a la técnica, al contenido, a la comprensión, olvidando quizás –y creo que los adolescentes nos lo recuerdan constantemente con pasión– que las cuestiones técnicas no les interesan. Lo que les va a interesar es un encuentro con alguien, una especie de experiencia de valor más o menos iniciático y en esta espera, por parte del adolescente, del inicio de una nueva experiencia hay algo que compromete fundamentalmente el fenómeno de la creencia que es difícil de gestionar, probablemente no debe mencionarse demasiado rápidamente, porque, el confrontarnos demasiado rápido con nuestras diferencias conlleva un riesgo de ruptura de la urdimbre narcisista. Y sabemos bien que en los análisis que se prolongan o también en algunos que marchan perfectamente, vamos a saber realmente el resultado del análisis cuando se haya efectuado la separación. Y todavía, tenemos la sensación de que un buen número de análisis terminan con una separación sin problemas, con la condición de guardar una fuerte creencia compartida con su analista, o con la importancia de las teorías compartidas. Y vemos claramente lo que hay detrás de ciertas rigideces o dogmatismos, o de ciertos adeptos: la duda, interrogaciones sobre su identidad... Ello hace que sólo el aferrarse a esa convicción mantiene una identidad, la cual no sabemos en qué acabaría si no llega a ser por ésta. Por lo tanto, esto es algo importante de respetar porque supone un punto de apoyo importante y la pregunta es la de siempre: ¿Acaso esa creencia va a ser un trampolín de apoyo que va a ayudar a una negociación progresiva de la aceptación de la diferencia

vivida como una complementariedad, y no como una problemática del bien o del mal, de lo bueno o de lo malo?, ¿O va a quedar, esta creencia, fijada en un dogmatismo cerrado?. Esto nos lleva a un problema que nos planteamos a menudo, el de la relación de los adolescentes con las sectas.

Esta problemática de la creencia, de la fe, me parece importante porque también hay un contrapunto en la cura analítica, o en la terapia psicoanalítica, constituido por las reacciones terapéuticas negativas. Es el caso de esos sujetos que dicen a la vez que no pueden prescindir de usted, pero “ya he empezado estoy prisionero, he perdido demasiado tiempo, no puedo ir a ver a otra persona, le necesito,.. pero lo que usted me dice no me interesa, no me ayuda,.. pero al mismo tiempo, le obligo, le exijo una solución a mis problemas”. Esto es una especie de lazo típico de los adolescentes; es la amplitud de la espera narcisista, que hace que la interiorización sea imposible. Estamos ante un equivalente de la economía psíquica de las organizaciones perversas de las que hablaba anteriormente. Porque los lazos de placer, de interiorización, de intercambio o complementariedad, que constituyen el lazo objetal, quedan sustituidos por unas relaciones de poder. El terapeuta queda sometido a una relación de dominio y control y entonces pierde el carácter de objeto libidinal en beneficio de un valor puramente funcional –debe estar aquí, lo debemos tener a mano -; y lo perverso es que se utiliza con fines puramente narcisistas y de dominio de sí mismo y donde el objeto, sea el comportamiento adictivo, sea la adicción al terapeuta, tiene características perversas ya que no se puede interiorizar, y es necesario que esté ahí, en el exterior (como la madre del segundo ejemplo de antes, en el que se verifica que está siempre ahí; como el drogadicto que tiene que verificar que puede “chutarse”), que tiene siempre algo en el exterior que va a relanzar la máquina del deseo en el interior y que va a aportarle soluciones. Pues bien, es necesario que ese objeto (el terapeuta, el objeto adictivo) lo tenga a mano pero nunca en el interior; cuando está en el interior entonces se convierte, en ese

momento, en un objeto de mecanismo de distanciamiento, de rechazo, como, por ejemplo, esa relación perversa con la muerte que encontramos en la toxicomanía o en la bulimia, los vómitos. El sujeto lo que investirá no son las emociones relacionadas con la persona, sino las sensaciones que vienen de esa persona o ese objeto adictivo. Así, pasamos de una problemática de emoción, que siempre nos remite al vínculo objetivo, a una problemática de la sensación, que nos remite a lo perceptivo y motor como en el caso del segundo niño de antes, con el riesgo de una desobjetalización, el comportamiento mortífero. Estos adolescentes tienen un comportamiento cada vez más autodestructor, pero también vemos que en la práctica por muy destructivo que sea es lo que de momento les permite sentirse vivos, en una continuidad y con un posible deseo.

Y termino con esto, hablando de esta noción del marco. Me pregunto si no habría aquí una relación de analogía, entre los trastornos de identidad de la adolescencia, la amenaza de la identidad y los ataques contra el marco. Creo que la necesidad de una reordenación de marco porque el individuo está agravando sus síntomas..., refleja algo referente a la amenaza de la identidad. Y esta amenaza tiene el problema de que no siempre puede resolverse dentro del marco analítico habitual porque el trabajo interpretativo es vivido entonces como una intrusión suplementaria del terapeuta dentro del sujeto. Aquí está también la paradoja: lo que necesita (porque lo necesita) es lo que le amenaza. Y volvemos al problema de la reacción terapéutica negativa como respuesta fundamental a esta problemática. Aquí debemos pensar, y creo que lo debemos hacer de forma analítica, en las reorganizaciones del marco –ya lo hemos hecho con la patología bordelaine– pero al nivel de la adolescencia debemos inventar reordenaciones conservando naturalmente cierto rigor. Hay que aceptar reordenaciones del marco que serían una forma de responder a nuestra comprensión del funcionamiento psíquico del adolescente. Aquí estoy en una encrucijada entre la práctica psicoanalítica y la práctica psiquiátrica, dado que la masa que vemos nos impide pensar

de otra forma y para el pensamiento no podemos sólo referirnos al contenido fantasmático sino que debemos referirnos a la economía psíquica tal y como lo he intentado explicar. Una economía psíquica que haría que el proceso de terapia que proponemos, el encuentro excepcional con el objeto, puede ser una amenaza de la identidad, porque, además, aquí hay una contradicción. Y todo dependerá de los factores que tiene que ver con la calidad del encuentro y los elementos de creencias, y cómo el terapeuta jugará con todos esos elementos; pero en los casos en los que no funciona hay que pensar en una reordenación del marco al problema de la identidad.

Y para terminar un caso clínico.

Es un caso reciente que ha habido que hospitalizar de una anorexia mental (podría haber sido otro caso) ya que llegó en un estado de delgadez importante. Había adelgazado muy deprisa y tenía depresión e ideas suicidas. Llevaba un año en psicoanálisis, cinco sesiones semanales; es una chica de 20 años, y llegó al hospital con la presión de unos padres furiosos con el psicoanalista que la veía cinco veces por semana y un pediatra que decía “Es escandaloso, voy a intervenir,..” “Todo el mundo estaba exaltado y creo que esto refleja algo de la problemática de esta persona.

La chica nos muestra un fantasma muy importante, tiene ganas de suicidarse, tiene un pensamiento suicida cada vez más obsesivo y, finalmente, se acaba clavando un cuchillo en la tripa. Esto quiere decir que existe un contenido en estas obsesiones, pero no sabíamos si iba a actuar según sus obsesiones, según sus amenazas y la hospitalizamos ante este peligro, apartándola de su medio habitual. En este momento, lo chocante es que se pasea con un libro sobre la barriga; era un libro de psicoanálisis y le dijimos que lo cambiara por otro tipo de libro, de Bellas Artes (su padre es pintor),... Yo pensaría que tras esa cuchillada no había un intento de suicidio sino una llamada desesperada que tenía que ver con la transferencia hacia su terapeuta, hombre. Se le hospitalizó al cabo de 10 me-

ses, o sea, casi, casi el tiempo de un embarazo tras la terapia, y esto tan sólo puede representar, de un modo destructor, una apatencia loca por su terapeuta lo que despertó en ella el deseo edípico, algo totalmente desesperado y loco hacia el padre y la carencia narcisista. Es una niña que esperaba un padre-madre que la llenara por completo y la masividad del investimento hizo que el trabajo del terapeuta fuera imposible. La mediación del lenguaje y todo lo que podía interpretar la penetraba tanto que esto había que expulsarlo inmediatamente de una forma que ella no podía imaginar. Ella tenía un deseo de ser penetrada y de estar embarazada y la única forma que encontró fue abriéndose la barriga para expulsar ese objeto interior que la invadía tanto que le hacía cuestionar su identidad.

Obtuvimos algo espectacular en esta chica en cuanto al punto de vista sintomático, ya que la tarea de fondo no se ha resuelto. Mejoró con la separación, con la hospitalización, con la presencia de un tercero que representaba la hospitalización. Ahora hay una dificultad en negociar su alta del hospital porque en el carácter indeferenciado de su apego al personal sanitario existe también un problema. El problema de su terapia fue el no ser capaz de incluir en su modelo de pensamiento la idea de incluir dos personas que se hicieran responsables, ya que no podía ser único objeto de investimento porque siendo un investimento masivo, edípico y narcisista llevaba a este movimiento de la indeferenciación y la única forma para esta chica de salvar su identidad fue reforzar su comportamiento anoréxico y, como sus acciones, me pareció una forma de salvaguardar una identidad que el investimento amenazaba.

PSICOTERAPIA DE NIÑOS CON TRASTORNOS EN LA IDENTIDAD SEXUAL*

Paulina F. Kernberg**

Este trabajo tiene el propósito de señalar los objetivos para la psicoterapia de chicos con trastornos de identidad sexual basados en la utilización de investigaciones llevadas a cabo en la psicoterapia con los propios chicos y su familia. De acuerdo con R. Greene, M.D., J.D. 1987 las metas en este tratamiento son reducir el conflicto y estigma que suponen tales trastornos para estos niños. Más concretamente, facilitar su reingreso en el cauce adecuado para su óptimo desarrollo porque nosotros observaremos que estos chicos tienen desviaciones, parones o regresiones en su desarrollo. Los investigadores clínicos están de acuerdo (Coates, 1985) en que estos chicos sufren varias desviaciones psicológicas que van más allá del específico trastorno sexual.

Todos los autores opinan que la identidad sexual está multideterminada. Desde el nivel de los cromosomas a las gónadas, al impacto de hormonas en genitales externos e internos y a los decisivos efectos de hormonas en el desarrollo del cerebro. Como en los genitales internos, existen circuitos mas-

* 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.

Traducción realizada por Sokoia Lasa.

** Psiquiatra. Psicoanalista. Jefe Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Universidad de Cornell (New York).

culinos y femeninos en el cerebro que son bisexuales (Money, 1989). Estos circuitos masculinos y femeninos pueden existir en alguna pero no en todas las partes del cerebro. En los seres humanos, el término en que estos factores genéticos, de gónadas y de hormonas, influyen en la formación de la identidad sexual no está calculado todavía, pero hay una creciente evidencia de que afectan en comportamientos individuales que, a su vez, facilitan las reacciones de padres, hermanos y amigos del chico en particular. Yo estoy incluyendo, por ejemplo, cuestiones de temperamento, sensibilidad y motricidad entre otros. Probablemente no exista otra área como la identidad sexual en la que los asuntos biológicos y de desarrollo se entremezclen de manera tan rotunda.

A pesar de todo, el factor más importante en el ser humano a este respecto es la atribución del sexo del niño por parte de los adultos que le rodean y las experiencias que siguen a la determinación de la identidad sexual nuclear del niño, su identidad dentro de un rol sexual, esto es, su masculinidad o feminidad y, por último, su orientación sexual.

De hecho, la masculinidad y feminidad en la mente y comportamiento del individuo se derivan de las experiencias a lo largo de su propio desarrollo y no se circunscriben, como sabemos, únicamente por el sexo de los cromosomas, gónadas u órganos interiores. Money (1989) comparó esto con el desarrollo del lenguaje o la tendencia a utilizar más frecuentemente la mano derecha o la izquierda, que aunque no son innatas, tampoco son seleccionadas por el propio individuo. Una vez que la lengua y la destreza con una determinada mano son asimiladas en las más tempranas experiencias, tal y como la identidad sexual lo es, todas estas organizaciones quedan determinadas.

La identidad sexual no es una estructura unitaria. Consiste en una particular síntesis e integración de masculinidad y feminidad cuyas raíces se encuentran, en parte, en las hormonas y en los genes. Los psicoterapeutas no poseen un camino di-

recto para influir en los componentes biológicos de la identidad sexual del sujeto, sólo pueden actuar de una manera indirecta. Por ejemplo, es sabido que cambios estresantes en un ambiente intrauterino en los humanos a causa de barbitúricos (Reinish, Sander 1982) pueden tener un efecto feminizante sobre el feto. Además las hormonas ponen un umbral que facilita o perturba la expresión de los comportamientos masculinos o femeninos. El terapeuta de niños debe conocer estos factores, que podrían hacer conveniente una derivación al médico especialista.

Sin embargo, el papel principal del psicoterapeuta se centra en primeras experiencias de desarrollo y sus consecuencias en la personalidad del niño.

Money habla de las diferencias esenciales entre hombres y mujeres. Las mujeres dan de mamar, gestan y menstrúan. Los hombres preñan. Otros comportamientos bisexuales son distintamente tolerados según las diferentes culturas. (Money 1986). Estos comportamientos bisexuales compartidos por ambos sexos pero con diferentes grados de tolerancia, son los siguientes.

- Los hombres muestran normalmente un mayor grado de quinesis, rivalidad competitiva y agresividad, dominio jerárquico, un sentido de territorialidad y de marcar límites como si vagaran. En cuanto a actividad sexual se refiere su estilo se podría definir en dos palabras: montar y empujar, en cuanto a estimulación erótica se refiere, ellos prefieren los estímulos visuales a cualquier otra forma de estimulación.
- En cambio, las mujeres tienden a comportarse de una manera menos móvil, más suave y menos pesada, más pasivamente, guardando y defendiendo al pequeño, protegiendo y creando su propio hogar y procurando cuidado y atención maternal como se puede ver en los juegos con muñecas. En cuanto a actividad sexual se refiere, ellas se muestran mucho más reservadas y contenidas en su comportamiento. En cuanto al despertar erótico se refiere que

prefieren la estimulación por medio del tacto antes que la visual.

La identidad sexual se revelará a través de la identificación con la figura primaria y la reciprocidad, que implica la capacidad para predecir comportamientos del sexo opuesto y debido a esto poder desarrollar la capacidad de tener una relación complementaria con el sexo contrario, que de hecho, afirma la identidad sexual de cada uno: por ejemplo, la identificación de una niña con la feminidad de su madre y la reciprocidad con su padre, el cual confirma su feminidad por la relación establecida entre el padre, considerado como hombre, hacia la niña que representaría a la mujer (Ross, 1989), o en el caso de un niño la identificación se daría con su padre y la relación de complementariedad recíproca la hallaría en su madre.

De los tres componentes de los desórdenes de identidad sexual (identidad sexual nuclear, rol sexual y la orientación sexual), yo voy a referirme primeramente al segundo de los mismos, llamado rol sexual y también voy a referirme a la identidad sexual nuclear, en éste último punto me centraré en el papel del psicoterapeuta.

No se conocen demasiadas investigaciones acerca de los factores de desarrollo que actúan en el modelo de orientación sexual. Se han utilizado varias teorías para explicar la masculinidad y la feminidad. La Teoría Psicoanalítica (Broffen, Prenner), la Teoría del Aprendizaje Social (Mishel), la Teoría del Desarrollo Cognitivo (Kohlberg), la Teoría del Esquema del Género (Lipsitz). Todas estas teorías enfatizan el hecho de que existen componentes cognitivos y afectivos en la formación de la identidad sexual. La identidad sexual funciona como una estructura anticipatoria preparada para buscar y asimilar nueva información sobre lo que es masculino y femenino. Este proceso continúa, en gran parte, inconscientemente.

De hecho el niño acoge ciertos aspectos que pertenecerían a las niñas, como son el procurar alimento o criar, y otras dimensiones como la fuerza o la lucha cuerpo a cuerpo, que son

típicas de los niños, sin tener en cuenta cultura alguna. La propia autoestima corresponderá, en parte, a la propiedad con la que uno funciona al ser medido en oposición a este esquema. Por eso, cuando nos referimos a la identidad sexual del niño hablamos de una importantísima estructura de componentes en la personalidad del niño que puede señalizarse mejor en el proceso de despliegue de sus componentes a lo largo del tratamiento. Esto puede explicar que los acercamientos a su comportamiento, únicamente, no son suficientes.. Los acercamientos educacionales y de conducta exclusivamente, pueden ayudar a modificar y enmascarar el comportamiento sin cambiar, en ningún momento, los factores de personalidad que sostienen estos comportamientos desde dentro (un niño de 14 años aprende a meter sus manos en los bolsillos porque si mantuviera sus manos fuera de sus bolsillos con los codos y las muñecas flexionadas, se le consideraría un marichica.). Es muy frecuente que los niños aprendan a ocultar y suprimir su feminidad.

Un concepto general muy práctico para los psicoterapeutas surge en la investigación realizada por Goldfoot y Neff (1985) sobre la valoración del **comportamiento sexual** diferente según el contexto social. De acuerdo con estos dos autores el comportamiento bisexual debería solamente ser definido en relación a los factores sociales y medioambientales en que son estimados. Su trabajo deriva principalmente de investigaciones con primates. Sin embargo, yo las he encontrado aplicables a los niños con problemas de identificación sexual. Una de sus afirmaciones dice que el comportamiento sexual es raramente bisexual en un sentido absoluto. A lo que se le llama diferencia de sexo es a la relativa diferencia en frecuencia, intensidad o contexto en la actuación de un modelo particular de comportamiento. Por eso, es muy fácil inferir que las diferencias sexuales pueden ser tratadas como una función dentro de un ambiente social.

La presencia de otros primates modifica los actos de montura, presentación y lucha cuerpo a cuerpo. Dos primates de

sexo femenino lucharán cuerpo a cuerpo, pero si se trata de un macho y una hembra la lucha cuerpo a cuerpo es menos dura. El comportamiento sexual descrito como montarse uno a otro es mucho más agresivo cuando se trata de un macho y una hembra, pero si nos hallamos ante un macho en presencia de otro macho, no observaremos el mismo comportamiento. Las conductas paternas muestran como los machos pueden mostrar comportamientos maternos cuando no hay ninguna presencia materna, pero esta actitud se apaciguará cuando exista una presencia femenina. Por ejemplo, en una familia en la que existe muy poca feminidad en la madre, se puede observar un comportamiento maternal en el padre, estando éste encantado de poder satisfacer su propio desorden sexual en su matrimonio, comprando la ropa a su mujer, preparando el desayuno y acompañando a los niños a la cama, mientras su mujer es la que ejerce las labores de aplicar disciplina.

Talla. Lo más grande se considera masculino, lo mismo ocurre con la fuerza. La pequeñez y la debilidad son cualidades femeninas. Este tipo de conexiones operan en las mentes de niños preescolares (Michael Lewis).

Factores relativos al dominio en el grupo muestran que los monos que poseen más alto rango demuestran una interacción sexual mayor y son más agresivos. Otros, en cambio, reciben menos abusos y más atenciones de otros miembros del grupo. Por el contrario, en los monos de menor rango se observan menos contactos sexuales, menos agresividad, mayor control visual de otros monos y son objeto de agresiones. En este punto, los niños que nos ocupan tienen el mismo tipo de conflictos. Se puede destacar el hecho de que la lucha cuerpo a cuerpo no recibe influencias de posiciones sociales y no se presenta con frecuencia en las hembras. Así, algunas diferencias de comportamiento sexual se presentan con determinadas características físicamente identificables o con atributos sociales que varían según la identidad sexual nuclear. Incluso antes de que el niño nazca, hay componentes medio-

ambientales y sociológicos que van a afectar a la expresión de su masculinidad o feminidad.

Los papeles del padre, la madre, los amigos y los hermanos serán analizados separadamente en base a recientes avances.

Psicopatología de la feminidad extrema en la niñez. Los estudios realizados en la Universidad de California en Los Angeles por la Sección de Identidad Sexual comprobaron que 8 de cada 9 niños con problemas de feminidad solían presentar de forma evidente problemas de comportamiento como pueden ser: una alta pasividad, elusión del dolor, falta de energía. Se tratan, por otra parte, de niños compulsivamente limpios y aseados. En un segundo estudio, los niños afeminados son descritos por sus propias madres como poco extrovertidos, menos populares entre otros niños, menos proclives a hacer amigos, son siempre perseguidores en los juegos con los demás niños, son menos agresivos, menos curiosos, no disfrutaban con la compañía de otros niños. En la escala de comportamiento son desafiantes, padecen rabietas, inquietos, muy activos, abusones, mienten a sus madres, quejicas, habladores, son desobedientes y nada extrovertidos. En resumen, éstos chicos muestran un gran desorden en la personalidad o en el comportamiento general, lo que va más allá que una simple tendencia sexual desviada o diferentes tendencias de comportamiento sexual.

El Estudio Roosevelt (Coates) muestra la gran influencia que tiene la angustia de separación. De hecho las madres relatan que sus hijos les siguen y se asustan cuando están solos incluso en una habitación de la casa. El 60% de la población ha sufrido angustia de separación. La contribución de la madre a la angustia de separación puede verse retratada en el niño afeminado de seis años de edad. A medida que aparecían más cosas, se aclaró que la madre utilizaba a sus dos hijos para no encontrarse sola e incluso le acompañaban a la cama a la noche. Ella obstaculizaba activamente la interacción de su hijo

con sus amigos bajo el pretexto de que el niño se encontraba cansado y no era lo suficientemente fuerte para jugar, después de clase, con el resto de sus compañeros.

En el estudio Coates el 50% de los niños con problemas en su conducta entran dentro del alcance clínico del conjunto de problemas de comportamiento del perfil revisado del niño. Las características a los cuatro o cinco años son marginación, comportamiento esquizofrénico, depresión, compulsividad obsesiva e incomunicación. De los doce a los catorce años no soportan su cuerpo, presentan comportamiento esquizofrénico, incomunicación, agresividad inmadura, compulsividad obsesiva, apartamiento hostil e hiperactividad. Otros estudios como el de Clarke y Bradley confirman lo anteriormente anotado. El grupo de Clarke no percibe diferencia en el trastorno de comportamiento entre el grueso de su grupo y aquellos controlados psiquiátricamente.

El estudio realizado a través del test de Rorschach habla acerca de una gran incidencia fronteriza en la organización de la personalidad. Hay una considerable evidencia de problemas con los límites –fluidez y desórdenes en los razonamientos.

En el Wisc-R, test estructurado, no aparecía ningún problema mental evidente en la mayoría de los ejemplos. Este modelo es típico de la psicopatología fronteriza analizada en el test psicopatológico.

Este nivel más profundo de relaciones entre objetos entra clínicamente en juego como demuestra un niño de seis años que fingía atravesar un precipicio sobre un alambre, mientras un pulpo intentaba prenderle por sus pies. El logró escapar justo a tiempo. Los tópicos de separación e individualización en términos de angustia se demuestran con otro caso de este mismo niño. Este pequeño llega un día a la consulta y agarra dos palitos de madera que unió por medio de un hilo, de tal forma que estuvieran completamente pegados. El terapeuta interpretó la imposibilidad de separación de ambos palitos como si se trataran del niño y de su madre. Los pequeños se sienten

tan “pegados” a sus madres que se creen incapaces de separarse. Me dijo que aquello se trataba de un capullo. Le pregunté qué creía que había dentro del capullo, a lo que contestó que un gusano, que más tarde igual se convertiría en mariposa. Yo le dije que se podría convertir en una mariposa preciosa y él me pidió que le hablara sobre las mariposas, cosa que hice. El estaba realmente entusiasmado y quiso verificar lo que estaba oyendo llamando a su madre que se encontraba en la sala de espera. El le contó a su mamá toda la historia, pero su madre le miró y añadió que en vez de mariposa saldría una polilla y haría un agujero en mi jersey. La madre representaba los tópicos de mala influencia, de daño, de destrucción que corresponden a las fantasías sobre figuras femeninas de estos chicos.

Existe una gran incidencia de pérdida a través de la separación y la muerte en estas familias que requiere del terapeuta un trabajo codo con codo con la madre para que el niño exprese sin miedo su pena y su pesar y evitar así la inconsciente cerrazón del niño como símbolo del acercamiento hacia su madre.

El alcance de una familia para alentar o desalentar al niño femenino ha sido estudiado por R. Greene. Lo que quizá es más importante no es lo que los padres dicen sino lo que hacen a sus hijos. Muchas veces esto se puede ver en la misma sala de espera.

Un niño de cinco años le dice a su madre que le limpie el culo y se le acerca dándole la espalda. Parecía estar escondiendo sus propios genitales para aseverar a su madre lo iguales que ambos eran. Ella no desanimaba su comportamiento y fue necesario comentar con ella los posibles significados de aquel ritual, entre su hijo y ella, en términos de intimidad y de esa forma de compartir el perfil de un cuerpo femenino, ambos factores afirmando su feminidad.

El papel del padre. Los padres de los chicos femeninos son definidos por Coates (1980) y por otros como personas

nada violentas pero con bruscos cambios de temperamento. Este tipo de interacción interfiere en el proceso de identificación. En los casos que yo he tenido la oportunidad de observar otra modalidad de interacción entre padre e hijo, es el padre paternal y femenino que se convierte en un modelo femenino para el niño.

El papel de la madre. Suelen sufrir depresiones, traumas y desvalorización a los hombres. Aunque no desean tener hijos homosexuales, ellas parecen desanimar cualquier comportamiento agresivo, enérgico, independiente de éstos. En cuanto al significado del niño para su madre, cuesta mucho persuadir a la madre de que está utilizando a su hijo como a una niña perfecta, es decir, una niña con pene y que lo utiliza con propósitos narcisistas.

Sobreprotección maternal. Esto implica que el niño se considere débil, vulnerable y pequeño. Todos estos factores contribuyen a un sentimiento de feminidad como describe Michael Lewis. Para este autor, el niño, entre los 3 y 5 años, entiende que ser chico significa ser grande, ser fuerte,...mientras que ser chica implica ser pequeña y vulnerable.

Un paciente de cinco años hace de Lois Lane cuando juegan a Superman. Su hermano hacía de Superman y le protegía. En una ocasión su madre me vino muy enfadada porque el hermano mayor no había protegido al menor en el baño, sino que le había dejado arreglárselas por su cuenta. Yo le dije que el hermano mayor estaba enseñando al más pequeño a defenderse él solito y a que pusiera a prueba sus propios recursos, de este manera fomentaba la búsqueda de identidad del pequeño. La madre se sorprendió muchísimo al comprobar su propia insistencia acerca de la vulnerabilidad y fragilidad del niño. Hay un modelo de madres sobreprotectoras en las madres, pero también está el modelo de madres autoritarias como aparecen en los estudios de U.C.L.A. y Roosevelt (Coates 1985).

Los sociólogos han descubierto que los niños se identifican con la figura más poderosa de la casa al margen del sexo.

Es asombroso cómo algunos niños pueden provocar para ayudar a sus madres un cambio absoluto de rol. De esta manera el niño se convierte en la madre de la madre. Esta relación simbiótica afecta al proceso de desarrollo de autonomía, al proceso de separación e individualización. No es nada sorprendente que el niño se vea a sí mismo como una mujer dotada de atributos caricaturescos. Mi opinión acerca de esta caricatura de feminidad es que refleja la hostilidad de esta interacción con la madre.

Estos niños parecen deprimidos y reservados. Aunque la depresión no se ha estudiado sistemáticamente en los niños, normalmente acompaña a la angustia de separación y a la personalidad fronteriza. La depresión puede surgir de la experiencia de ser anulado como individuo y por el férreo control ejercido y la intrusión e inconsistencia de estas madres. Los padres se caracterizan por su ausencia y distancia. Un niño de 14 años no tenía padre pero como no lo tenía en mis notas no lo supe hasta bastante más tarde. También traté a dos padres que ellos mismos tenían problemas de identidad, uno conscientemente y el otro inferidos- habiendo sido un perfecto actor representando roles femeninos y habiéndose casado con dos mujeres que padecían a su vez los mismos problemas de identidad. La identificación del niño con el padre contribuyó a la feminización del niño. Mientras que la relación complementaria con la madre era interferida de tal manera que les trataba como figuras del mismo sexo. A los padres se les debe tener muy en cuenta para todo tipo de consejo e incluso deben someterse a tratamiento. El trabajo con los padres es un elemento crucial para el resultado de la terapia (Coates 1988).

El acercamiento psicoterapéutico debe tratar de objetivar al niño las características de los padres, al igual que clarificarle la forma en la que es considerado por sus padres, esto último sin ningún tipo de actitud crítica por parte del terapeuta. Esta parte se realiza con la activa colaboración de los padres.

En estos niños, en parte debido a la angustia de separación, no se aprecia una constancia completa de ellos mismos. Investigaciones en el desarrollo indican que para los tres o cuatro años de edad (Melvin Lewis) el niño establece constancia de si mismo y constancia sexual sin importar cómo vaya vestido, o dónde se encuentre, siempre será chico (ella-chica). En estos chicos sin constancia propia, la convicción de que algún día se pudiera transformar en niña, o la niña en niño, se ve perfectamente. Veamos el ejemplo de R. Greene.

R.G.: ¿Crees que alguien con pelo largo, por ejemplo un chico o un hombre, y que lleva vestido es una chica o un chico?

NICK: Es una chica.

R.G.: ¿Una chica?

NICK: Ja, Ja...

R.G.: O sea, que si un chico se deja crecer el pelo y se pone un vestido...¿Eso le convierte en chica o es un chico todavía?

NICK: Es una chica.

R.G.: No, es un chico.

NICK: ¡Ya lo sé!

R.G.: ¿Lo sabes?

NICK: Porque es un chico.

R.G.: Es un chico disfrazado de chica.

NICK: Sólo tiene el pelo largo.

R.G.: Eso no le hace chica ¿verdad? ¿Sabes por qué no le hace chica?

NICK: Porque es como un Beatle.

R.G.: Ja, ja... Los Beatles tienen pelo largo.

NICK: Es como un Beatle con vestido.

R.G.: Bien, y... ¿por qué los Beatles no son chicas si llevan vestidos? (el terapeuta intenta educar al niño un poco más).

En este diálogo el niño empieza a adivinar que su terapeuta no está de acuerdo con su inicial convencimiento de que los niños se pueden convertir en niñas.

Aquí no es importante como terapeuta ver los límites del acercamiento educacional. La razón de esto es que el deseo vence a la lógica, que los problemas reales están escondidos y el niño los encubre imitando lo que dice el terapeuta.

El evitar la lucha cuerpo a cuerpo es característico en estos niños. Aquí, el terapeuta debe presentar otros modelos de interacciones con niños que no tienen por que jugar agresivamente.

Como demuestra seguidamente Greene: “A veces los niños de tu edad opinan que es mejor ser una chica o desean ser chicas, pero la gente no les entiende. (El niño permanece callado). A veces, los chicos continúan pensando igual cuando crecen y, probablemente, otra gente que no les entiende se burlará de ellos. “Yo le pregunté si él se sentía así y dijo que sí. Le volví a preguntar que motivo tenía para pensar así y contesto: “Las chicas no tienen que jugar fuerte y no se hacen daño. “Yo creí que igual él se sentía así porque recordaba su estancia en el hospital y le dije que aquello ya había acabado, que no tenía porqué jugar a peleas aunque fuera chico. En este punto que la oferta de actividades para chicos sea flexible es muy importante.

Papel de los amigos. Esto es importante para aconsejar a los padres y para la adaptación de estos niños en distintos ambientes.

Como hemos dicho antes, los padres, especialmente las madres, tienden a desaprobador los comportamientos propios de la edad. Por eso, aunque la madre de Nick aseguraba que su hijo jugaba a exploradores y que se trataba de un juego masculino, cuando el doctor Greene le preguntó si a ella le agradaba o le premiaba por ello, ella contestó que no. El terapeuta sugirió que ella debería animarle con frases como “¡Eso está

muy bien!", "¡Qué bien te sabes defender!", "Te has portado muy bien!". La madre reconoció que no lo hacía a menudo y que quizá lo debiera hacer más.

Eleanor Maccoby, en su informe "*El sexo como una categoría social*" (1986) afirma que en estudios culturales de doce tipos de comunidades, niños y niñas comiendo juntos, a la edad de seis años y medio, evitan jugar con los niños y niñas de diferente sexo (en una proporción de once a uno). Los grupos homogéneos son muy frecuentes a estas edades. Las chicas son más pasivas con los chicos que con las chicas.

La orientación hacia el mismo sexo en estas edades afirma su propio sexo. Los chicos cuando están con chicos muestran mayor atención hacia éstos que si están con chicas. Es crucial para estos niños encontrar amigos con su misma destreza y habilidad, por ejemplo, un amigo japonés es más apropiado pues no suelen ser tan agresivos.

El papel de las relaciones con sus hermanos/as. No ha sido estudiado con mucha precisión a excepción del hecho de que los niños femeninos se parecen más a otros niños femeninos en su patología que a sus propios hermanos/as. Me gustaría añadir que existe una forma de rivalidad que se expresa en la feminización del hermano menor del mismo sexo, de tal forma que el mayor se quita un rival de encima. Éste es el caso de dos hermanos que jugaban a Superman y, por supuesto, el pequeño hacía de Lois.

La relación con la hermana trae lo que yo he querido llamar "inversión del pene". El niño afeminado envidia el pelo largo y todos sus adornos. La niña le hace ver al niño que ella no tiene nada que envidiarle, ella le desprecia y le hace sentirse inferior.

Imagen corporal. Coates (1985) habla del asco que les produce su propia anatomía. Como he comentado antes el niño se negaba a aceptar su propio pene, pero lo que es más, negaba cualquier sensación o placer cuyo origen se pudiera

encontrar en el pene. Tampoco quería aceptar, ni siquiera en los juegos, que en su pene se hallaba la posibilidad de hacer niños. Como es normal, él se sentaba en el baño a la hora de orinar.

En mi trabajo con este niño, yo hablaba con él tratándole como a un chico y animándole a disfrutar de su pene y cómo incluso podría tener niños gracias a él. El niño respondió a esto creando muchos bebés en su familia de muñecas y visitándome con todos ellos. Además, en lugar de ir al baño con su madre, comenzó a ir solo, a orinar de pie y desechaba la ayuda de su madre para limpiarle.

El papel de los amigos en la formación sexual ya lo hemos comentado al hablar de las relaciones con el mismo sexo en la edad escolar. Michael Lewis ha descrito este estadio de preferencia por el mismo sexo. Yo afirmaría que este periodo es de crucial importancia para la identificación con los niños de su mismo sexo y la obtención de apoyo para sobrellevar el complejo de Edipo. Se trata de una cruzada contra el peligro.

Juego. Este apartado ha sido estudiado por Coates, Greene y Zucker. Estos niños prefieren muñecas como la Barbie, les gusta interpretar papeles de madre o de heroínas femeninas (Wonder Woman). Lo que el compañero de juego no podría haber detectado es que el juego de estos niños se convierte en un disfraz- una racionalización, ellos hacen real su deseo de convertirse en niñas o, en casos muy extremos, se creen niñas de verdad. Por eso, el juego es obligatorio y compulsivo y ellos deben interpretar siempre papeles femeninos. El juego adquiere la seriedad de una representación teatral, se trata de encarnar a un personaje sin ningún tipo de flexibilidad como a un juego tradicional correspondería.

En estos casos, el terapeuta debe ser neutral y debe facilitar que el niño descubra otros modos de juego sin educarlo para juegos masculinos.

En el caso de un niño de seis años, éste era capaz de interpretar a un rey, al dueño de un restaurante, Superman en

vez de Lois... La presencia de estos papeles masculinos aumentaron desde cero hasta predominar. Sin embargo, poco tiempo después noté que el niño volvía a representar papeles femeninos predominantemente. No lo pude entender hasta que averigüé que la madre le había apuntado a una clase de gimnasia donde hacía ejercicio con 21 niñas y 3 niños, además de con un profesor con favoritismo reconocido hacia las niñas. En la conversación con los padres, ninguno de los dos era consciente de que ambos reforzaban la identidad femenina del niño como respuesta a su propia trastorno de identidad (el de los padres).

Contratransferencia. Este aspecto del tratamiento no se ha descrito sistemáticamente en gran número de casos. Por eso me gustaría introducir algunas observaciones clínicas en relación a la coacción que el niño ejerce en el terapeuta para que se le trate como a una niña. El terapeuta tiene que esforzarse para que no se le olvide que han interferido en el desarrollo de los aspectos masculinos de la personalidad del niño. El trabajo de J. Money es muy práctico en su propuesta del mosaico de feminidad y masculinidad que constituye en diferentes niveles la identidad individual de cada uno. Esta bisexualidad en la identidad sexual nuclear, identidad sexual y los roles sexuales debe tenerse en cuenta para abrir al niño a todas las potencialidades, de tal forma que él pueda desarrollar su auto-aceptación sin sentirse prisionero del destino al que sus tempranas experiencias parecían haberle empujado. Esto es importante tanto para los padres como para los niños.

En mi trabajo con la madre que le hubiera gustado ser capitán de un equipo de fútbol, mientras el padre deseaba ser mujer, la situación que me encontré fue la siguiente. El padre le compraba la ropa a la madre, preparaba el desayuno y la cena y acostaba a los niños. La madre era obesa y se negaba rotundamente a llevar faldas. Estos ejemplos confirman la renuncia de la madre a su feminidad y el traslado de ésta al padre. La madre respondió muy positivamente a nuestras conversaciones: perdió peso, comenzó a ponerse joyas, en definitiva,

adquirió mayor apariencia femenina. De hecho, me confesó que lo que le empujó a ser tan marimacho fue el deseo de agradar a su padre. Ella era la menor de varias hermanas y su madre no le trataba como a una chica (comprándole ropitas y demás detalles que sí tenía con el resto de sus hermanas). Al principio el niño no aceptó con agrado el proceso feminizante de su madre porque creía que le estaban privando de su propia feminidad. Sin embargo, entonces era capaz de mostrar conductas más masculinas. El trabajo de intentar que el niño se comporte de una manera convencional, puede convertirse en una experiencia traumática si no se aceptan los dos aspectos de la personalidad del niño. En una ocasión me sobrepasé al tratar de convencer al niño para que jugará con unas pistolas. Él me miró y me dijo: “Yo no te gusto.” Hay que recordar que la identidad sexual constituye una estructura muy atrincherada a pesar de estar tratando con niños. Es una parte integral de su personalidad que sólo puede cambiar con interpretaciones y aclaraciones de los diferentes factores que contribuyen a que el niño se vea a sí mismo como se ve, que le aclaren, además, cómo le ven sus padres y cómo le ve el terapeuta. Así, será capaz de reconocer aspectos masculinos y femeninos en sus padres. En este caso, su madre ha preferido mostrarle su parte masculina y viceversa.

Éstas han sido algunas de las contribuciones que las investigaciones sobre el desarrollo han ofrecido a la psicoterapia de estos pacientes. Aunque este tratamiento está todavía en proceso es realmente útil para el psicoterapeuta saber que sus interpretaciones se basan en datos sólidos.

En resumen, he presentado las características de los padres, madres, amigos, hermanos y hermanas, juego y contra transferencia en el tratamiento de niños femeninos utilizando hallazgos que vienen de datos de comportamiento y descriptivos epidemiológicos. El psicoterapeuta puede ser un consumidor de investigaciones y beneficiar a sus pacientes proporcionando acercamientos específicos para asuntos.

Han quedado en la actualidad, bien definidos planos diferentes y áreas interdependientes, a través de factores de interacción:

El **R.C.I.U.** (retraso del crecimiento intra-uterino) es debido a varias causas, especialmente obstétricas pero, una de sus causas puede ser descrita de manera esquemática: la G.H. o gran hormona es secretada muy pronto por los trofoblastos, células precedentes de la placenta. Dicha hormona no actúa directamente sobre el embrión, pero sí lo hace en la madre.

LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS EN LA ADOLESCENCIA*

Philippe Jeammet**